POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BAB ŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA MITVALSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Listopad	ROCZNIK PIERWSZY	1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Jeszcze słówko o rozpromienieniu włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce.

II.

Napisał

DR JÓZEF TALKO.

Na str. 275 lipcowego zeszytu »Postępu Okulistycznego« w moim artykule znajduję przypisek Redakcyi: »Gdzie, kiedy?« O nieprawidłowym stanie ośrodków nerwowych, osobliwie idyotyzmie, przy tej wadzie rozwojowej oka wspomina przytaczany przezemnie Abelsdorff, opierając się na twierdzeniu W. Manza[1]).

Zaciekawiony tą sprawą, zwróciłem się z zapytaniem do prof. W. Manz'a, który łaskawie nadesłał mi swoją pracę,

[1]) Sprawozdanie Hejdelberskiego oftalmicznego Towarzystwa z roku 1898 (Wiesbaden, 1899, stronica 269).

ogłoszoną niedawno drukiem [1]). Daleki od tego, żeby w każdym przypadku tej nieprawidłowości widzieć łączność jej z nieprawidłowym stanem nerwowego ustroju, autor opisuje własne anatomiczne badanie podobnych siatkówek, wziętych z oczu trzech idyotów. »Mein specielles Interesse für diesen Befund ist nun schon seit längerer Zeit durch einen besonderen, oben berührten Umstand erregt worden nämlich durch das auffalend häufige Vorkommen desselben bei Personen, deren centrales Nervensystem einen abnormen Zustand verräth, besonders bei Idioten«.

Po stwardnieniu gałek w płynie Myller'a, M. rozcinał je pionowo przez wejście nerwu wzrokowego i skrawki zabarwiał albo osmowym kwasem, albo też haematoksyliną (płynem Kulczyckiego). Błękitne zabarwienie włókien na preparatach uwidocznia się w nerwie wzrokowym i w siatkówce, nie widać go w lamina cribrosa, którą nazywa baryerą dla włókien rdzeniowych. Rdzeniowe włókna w siatkówce przecięciowo są grubsze od bezrdzennych, a nawet są od nich grubsze w pniu nerwu wzrokowego; usiane są wrzecionowatej postaci rozszerzeniami i zawierają błyszczące kulki, mniej podobne do jąder, a więcej do zastygłej kropli, powleczonej cienką warstwą rdzenia. Kulki te nie mają nic wspólnego z corpora amylacea, znajdywanemi w zanikających nerwach wzrokowych (Leber, Treitel).

Niektórzy do dziś dnia nie są jeszcze pewni, czy podobna nieprawidłowość siatkówki bywa wrodzoną i postępującą, czy też rozwija się u dorosłych. Na przykład dotąd nikt nie spostrzegał takowej u małych dzieci, z wyjątkiem Mauthner'a, który ją widział (1868 r.) u dwóch małych sióstr. H. Mueller, wspominając o tej wadzie siatkówki zwierząt, widzi w niej »Art Excess eines normalen Vorganges, mag das Vordringen über die Lamina cribrosa vor oder nach der Geburt geschehen«.

---

[1]) Ueber markhaltige Nervenfasern in der menschlichen Netzhaut, z dwiema chromolitogr. tablicami, odbitka z Archiv f. Augenheil. Bd. 29. 3 Heft.

Schweigger powiada (r. 1864), że to nierozstrzygnięte, czy wada ta jest wrodzona, czy też rozwija się *post partum*.

Prof. Manz stanowczo twierdzi, że rozpromienienie włókien w siatkówce jest wadą niepostępującą i wrodzoną: obraz oftalmoskopowy jest zawsze stały i niezmienny u podobnych osobników, jasno odgraniczony od sąsiednich prawidłowych części, wolny od wszelkich anatomo-patologicznych zmian w głębi oczu.

Nie od rzeczy będzie dodać tu kilka słów z organologii Leuckart'a[1]). U ryb (Leydig) i ptaków (Schultze) w wielu razach pozostaje w siatkówce myelinowa istota włókien nerwowych, ale w postaci tak cienkiej warstwy, że nie zmienia wcale wyglądu tej błony.

U wielu ssących (n. p. z grupy przeżuwających i gryzoniów) zanikają myelinowe błony na niektórych miejscach dopiero po przejściu przez twardówkę (lam. cribrosa), tak, że je jeszcze widzieć można wokoło tarczy nerwowej w postaci wysepek, plamek. U zająca włókna te, podobnie, jak i u królika, rozchodzą się w prawo i w lewo, wpoprzek siatkówki, co już opisał Zinn w zeszłem stuleciu.

A. Schwalbe w swej mikroskopowej anatomii oka[2]), wspomniawszy o oftalmoskopowych rysunkach tej nieprawidłowości, której po raz pierwszy dowiódł anatomicznie Virchow (1856 r.), a którą następnie badali: Beckmann, v. Recklinghausen i inni, powiada, że H. Mueller widział ją u wołów i psów, przyczem rdzeń białych plam siatkówki nie miał łączności (Continuität) z rdzeniem pnia nerwu wzrokowego, to jest, że w lamina cribrosa były bezrdzeniowe włókna. Widzieć to można na zabarwionych preparatach Manz'a w powyższej jego pracy. U zajęcy zaś i królików widzimy skrzydlasto rozchodzące się włókna w siatkówce, w których rdzeń łączy się bezpośrednio z takowym nerwu wzrokowego.

---

[1]) p. Zbiorowe dzieło Saemisch-Graefe'go, str. 246—247.

[2]) p. Zbiorowe dzieło Saemisch-Graefe'go, str. 377—378.

Dość rozszerzone są te włókna w siatkówce ryb (Leydig, H. Mueller), ale nie w postaci wybitnie białych plam, lecz białawych zmętnień, osobliwie u jesiotra, węgorza, u plagiostomów. Znajdują je i u ptaków.

Schultze przekonał się, że nawet pod silnie rozwiniętemi włóknami u królików znajdują się rozwinięte warstwy czopków i pręcików, a więc perceptio lucis i tu ma miejsce. U ryb miejsca te są tak przezroczystemi, że prawdopodobnie nie przeszkadzają widzeniu. Powiększenie plamki Mariotte'a u takich ludzi głównie zależy — jak słusznie twierdzi Manz — od grubości warstwy rdzeniowych włókien w sąsiedztwie tarczy wzrokowej, a przez które przejście promieni światła do percepcyjnych części siatkówki mniej lub więcej bywa utrudnionem, lecz nigdy zupełnie wstrzymanem.

W poprzednim artykule moim potrąciłem pytanie: jak częstą bywa ta nieprawidłowość u ludzi?

Przeglądając wielką liczbę sprawozdań z zakładów ocznych, znalazłem — powiada Manz — tę nieprawidłowość tylko 154 razy. Tak mała liczba pochodzi stąd, że nie każdego z naszych chorych poddajemy wziernikowaniu.

Prof. Manz corocznie w swej klinice (Freiburg w Baden) znajduje po kilka takich wypadków. »Auffalend bleibt immerhin die relativ grosse Zahl solcher Patienten, wie sie mir unter den psychisch und neurosisch belasteten Insassen unserer Siechenanstalt begegnet ist«.

Pozwalam sobie zrobić tu wyciąg z kilku świeżych sprawozdań oftalmicznych:

Prof. Adamiuk w Kazaniu spostrzegał tę wadę raz na 1000 chorych [1]).

Na 3012 ambulatoryjnych chorych w Tyflisie zapisano fibrae myelineae raz [2]).

---

[1]) Boleźni Świetooszczuszczajuszczaho apparata błaza (Cz. I., 1897, str. 99).

[2]) Dr Tarkowski, 10-te okulistyczne sprawozdanie za lata od 1892—1897 r. (Tyflis, 1899).

Dr P. Wadzyński, okręgowy okulista w Wilnie, w ostatniem sprawozdaniu na 1050 badanych popisowych zapisał tę wadę aż 9 razy — u jednego w obu oczach, u trzech w prawem, u pięciu w lewem oku; wszyscy okazywali prawidłowy V. W poprzedniem jego sprawozdaniu (1892 r.) na 1064 badanych, z myelinowemi włóknami okazało się czterech [1]).

Na 71952 ambulatoryjnych chorych w petersburskim oftalmicznym szpitalu, zapisanych w ciągu trzech lat, spostrzegano fibrae medullares retinae 63 razy (u 38 mężczyzn i 25 kobiet), czyli raz na 1137 chorych [2]). W ciągu następnych 3 lat (1895—1897) na 79888 ambulatoryjnych z tą wadą oznaczono 38 (20 m. i 18 k.), t. j. 1 na 2102 osobników [3]).

Daleko rzadziej stwierdzano je w kijowskiej uniwersyteckiej klinice, a mianowicie: od 1883 do 1897 r. z liczby 54632 ambulatoryjnie leczonych chorych zapisywano »króliczą siatkówkę« tylko 8 razy, to jest raz na 6829 chorych [4]).

W każdym razie, zaiste, wielka to różnica z tem, co powiada kol. Strzemiński z Wilna, że udało mu się dotąd widzieć tylko trzy wypadki na 30000 chorych, to jest raz na 10000 chorych.

Naturalnie taka różnica pochodzi stąd, że nie każdego z naszych chorych wziernikujemy, a powtóre, że rzadko który z podobnych osobników uskarża się na upośledzenie wzroku i często się zdarza, że wadę tę odkrywamy w oku li tylko przypadkowo. Zdaniem mojem przeto w tej sprawie więcej

---

[1]) Wojenno-medicinskij Żurnał, sierpniowa książka (Petersburg, 1899, str. 1130).

[2]) Mittheilungen aus d. St. Augenheilanstalt (1892—1894). H. V, 1898, str. 8.

[3]) Jubilaeumsheft zum 75-jähr. Bestehen d. Anstalt. Petersburg u. Leipzig, 1899, str. 29.

[4]) Lewitskij. Liczbowe dane 15letniej działalności oftalm. kliniki uniw. św. Włodzimierza od roku 1883—1897 (Oftałmołogiczeskij Wiestnik, lipiec — październik 1899).

zasługuje na uwzględnienie statystyka z popisowymi, aniżeli z chorymi, szukającymi pomocy lekarskiej w zakładach leczniczych [1]).

Lublin, 10 sierpnia.

2. Opatrunek Wolffberga po operacyach ocznych.

Podał

DR KAZIMIERZ WINCENTY MAJEWSKI.

Do niedawna uchodziło za rzecz nie ulegającą żadnej wątpliwości, że oko, na którem została wykonana operacya połączona z otwarciem przedniej komory, a w szczególności oko po operacyi zaćmy wymaga jak najszczelniejszego zaopatrzenia, czy to zapomocą opatrunku, złożonego z gazy, waty i opaski płóciennej, czy też opaski, ustalonej przylepcem, krochmalem, kleiną (kollodionem) lub nawet siatką z mocnego drutu,— słowem zapomocą opatrunku, któryby oko nietylko dokładnie

[1]) Cieszy nas, że zapytaniem o źródło daliśmy autorowi sposobność uzupełnienia szczegółów źródłowych i streszczenia cennej pracy profesora Manz'a, który wprawdzie domyśla się przyczynowego związku między wystąpieniem włókien rdzeniowych, a stanem psychicznym i nerwowym osób, u których tę nieprawidłowość znalazł, ale nie może jednak tego nawet bardzo szczegółowo badanymi trzema przypadkami udowodnić. Badania zwrócone były w kierunku histologii. Właściwie nie można mówić o żadnem zwyrodnieniu nitki osiowej włókien nerwowych, lubo badanie drobnowidowe takowe w owych przypadkach stwierdzić się zdawało po znalezieniu t. zw. corpora amylacea, podobnych do tych, które niektórzy autorowie w chorych nerwach i siatkówkach widywali. Owe ciała uważają Leber a także Stoeber za zwyrodnione włókna nerwowe, brak jednak tym ciałom, jak Manz na podstawie swych badań zapewnia, odczynu chemicznego na skrobię. Śledząc za właściwym powodem tego przyrodzonego zboczenia, domyśla się go Manz w ustroju blaszki sitowej (lamina cribrosa), która w wyjątkowych razach przepuszcza włókna rdzeniowe. W przypadkach własnych atoli zboczenia w układzie blaszki sitowej nie umiał wykazać. Zadaniem dalszych badań będzie oznaczyć stosunek włókien rdzeniowych do embryologicznego rozwoju tej blaszki, a może uda się odkryć właściwą tej nieprawidłowości przyczynę. *W.*

osłaniał, ale znosił zarazem o ile możności ruchy powiek, jako też ruchy gałki. Dla osiągnięcia tego ostatniego celu zawiązuje się zazwyczaj na pierwszych kilka dni obydwa oczy po operacyi, dokonanej tylko na jednem, gdyż w przeciwnym razie oko operowane naśladuje nawet pod opaską poruszenia oka odsłoniętego. —

Przeciwko tym za dogmat uchodzącym zasadom wystąpił Hjort, profesor okulistyki w Chrystyanii, i zdumionemu światu ogłosił 100 przypadków operacyi zaćmy [1]), po których pozostawiał chorych przez cały czas leczenia następowego bez wszelkiej opaski — bez żadnej szkody dla oka. Szczęśliwe wyniki, jakie uzyskał, i pomyślne gojenie się rany operacyjnej wśród takich warunków przypisuje Hjort tak zwanej fizyologicznej toalecie oka, które wolne od wszelkiego ucisku, jakiby nań wywrzeć mogła najlepiej nawet założona opaska, zapewnia samo szybkie i prawidłowe zabliźnienie rany dzięki swobodnym ruchom powiek i ustawicznemu opłukiwaniu rogówki wydzieliną łez. — Śmiała ta reforma spotkała się u większości operatorów z niedowierzaniem, jakkolwiek świat okulistyczny nie mógł być zaskoczony nowością pomysłu, sprawiedliwość bowiem nakazuje przyznać pierwszeństwo pod tym względem pewnemu amerykańskiemu okuliście, który też, pozostawiając swych operowanych na zaćmę bez wszelkiej opaski, cieszył się dobrymi wynikami. O okuliście tym wspomina Herrnheiser [2]) w jednej ze swych rozpraw, ale niestety nie wymienia jego nazwiska. Później, ale również przed wystąpieniem Hjorta, bo jeszcze w r. 1894, podał Czermak [3]), że jako jedyną ochronę

---

[1]) »Hundert Starextractionen mit offener Wundbehandlung«. Centralblatt f. Augenheilkunde. 1898. Nr 2.

»Zur offenen Wundbehandlung bei Augenoperationen«. Centralblatt. 1898. Nr 10.

Streszczone w »Postępie Okulistycznym«. Nr 1., str. 29.

[2]) »Wann sind Verbande, wann kalte oder warme Umschläge bei der Behandlung von Augenkrankheiten angezeigt«. Die aerztliche Praxis. 1898. Nr 1.

[3]) Wiener klinische Wochenschrift. 1894. Nr 27.

daje oczom operowanym drucianą siatkę Fuchs'a, powleczoną czarną, nieprzeźroczystą materyą, pozostawiając w ten sposób gałkom ocznym i powiekom wszelką swobodę ruchów i to bez żadnych złych skutków. Hjort jednak poszedł dalej i, uważając wszelki opatrunek za zbyteczny, a nawet za szkodliwy, zerwał stanowczo z dotychczasowym sposobem postępowania pooperacyjnego. Mimo ogólnego zdziwienia i niedowierzania, z jakiem w pierwszej chwili pomysł jego przyjęto, w krótkim czasie znaleźli się operatorowie, którzy przecież wstąpili w ślady norwegskiego reformatora.

Jednym z pierwszych był Wolffberg z Wrocławia, który jednak odrazu złagodził nieco zbyt heroiczne postępowanie Hjorta. Opisuje on w całym szeregu prac, zawartych w pierwszym i w późniejszych numerach swego czasopisma[1]) swój zmyślny, a prosty sposób zaopatrywania oka operowanego. Sposób ten w niczem nie krępuje owej, wyżej wspomnianej, fizyologicznej toalety oka i o tyle też odpowiada zasadom Hjort'a, ale z drugiej strony zapewnia oku do pewnego stopnia ochronę przed szkodliwymi wpływami zewnętrznymi. — Wolffberg przykrywa oko płatkiem cienkiego, czarnego papieru, t. zw. papieru jedwabnego, wykrojonego w ten sposób, że może dokładnie przylegać do nosa, policzka, skroni i czoła ponad łukiem brwiowym. Do tych też okolic oka przykleja on papier swój, powlókłszy jego brzegi rozczynem zwyczajnej gumy arabskiej. Chory może oko, w ten sposób przykryte, otwierać i zamykać swobodnie, jakoteż zwracać je we wszystkich kierunkach. Z wyników, uzyskanych przy takim sposobie opatrywania oczu, jest Wolffberg bardzo zadowolony. W początkach zmieniał on operowanym ten papierowy opatrunek dwa razy dziennie, głównie dlatego, ażeby śledzić naocznie przebieg gojenia się w takich warunkach; z czasem jednak zaczął pozostawiać oko przez czas dłuższy bez zmiany opa-

---

[1]) Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. I. rocznik (1897/1898) Nr 1, 2, 5, 11, 14, 17 i 34. II. Rocznik Nr 13.

trunku, zaglądając doń tylko wtedy, gdy zachodziła potrzeba zapuszczenia kropli.

Oprócz Wolffberg'a znaleźli się wkrótce i inni operatorowie, którzy za przykładem Hjort'a odstąpili w całości lub częściowo od dawnych, latami uświęconych przepisów. Jedni (jak Borthen) przyjęli bez zastrzeżeń postępowanie Hjort'a, inni (jak Walter[1]) z Odessy) poszli drogą pośrednią, podobnie jak Wolffberg, nie pozbawiając oka zgoła wszelkiej ochrony. Ten ostatni (Walter) zakłada na operowane oczy siatkę Praun'a.

Powody, dla których prof. Wicherkiewicz postępowanie Hjort'a uważa za nieodpowiednie i przesadne, były już raz przedmiotem krótkiej wzmianki w »Postępie« [2]). Kto wie, jak niestety mało oświeceni, jak nieokrzesani są po największej części chorzy, którzy się zgłaszają do naszej kliniki po poradę, ten pojmie z łatwością, że niewolnicze zastosowanie się do rad Hjort'a u nas — byłoby próbą wielce niebezpieczną. Nasz materyał operacyjny składa się przeważnie z wieśniaków, którym nieraz niepodobna jest wpoić zasad oględnego i ostrożnego obchodzenia się z operowanem okiem, — lub z ubogich Izraelitów, którzy znowu odznaczają się najczęściej usposobieniem nerwowem i przez niecierpliwość lub rozdrażnienie nie stosują się częstokroć do danych poleceń. Być może, że ludność norwegska obdarzona jest spokojniejszym temperamentem, że jest inteligentniejsza przeciętnie i rozważniejsza niż nasza, i że tem tłómaczyć należy powodzenie, jakie sprzyja odwadze Hjort'a. Naszym jednak chorym odmówić po operacyi wszelkiej opaski, — byłoby nierozważną i nader niebezpieczną igraszką, którą z pewnością niejeden przypłaciłby utratą wzroku.

Z drugiej strony jednak prof. Wicherkiewicz już dawno niejednokrotnie zaznaczał, że przez dotychczasowe po-

---

[1]) »Beiträge zur offenen Wundbehandlung nach Augenoperationen«. Archiv f. Augenheilk. T. XXXIX. Z. III. Str. 269. Streszczone w niniejszym zeszycie »Postępu Okulistycznego«.

[2]) Wicherkiewicz: »Przetoki rogówko-twardówkowe, po operacyi zaćmy powstałe«. Postęp Okulistyczny«. Nr 1.

wszechnie wykonywane szczelne opatrywanie oka popadamy niepotrzebnie w drugą ostateczność. Niedziw przeto, że mu się sympatyczną wydała droga pośrednia, jaką wskazał Wolffberg. To też już z początkiem 1898 roku polecił nam używać w klinice jedwabnego papieru jako opaski — z początku jednak tylko u chorych leczonych ambulatoryjnie. Odrazu też zmodyfikował prof. Wicherkiewicz pomysł Wolffberg'a o tyle, że zalecił przyklejać płatek papierowy po poprzedniem przykryciu oka skrawkiem gazy i małym kawałkiem waty. W późniejszych swych publikacyach Wolffberg sam przyznał potrzebę tego dodatku, gdyż się przekonał, że niejednokrotnie przy znaczniejszem łzawieniu papier, zwłaszcza, dołem, przemakał i odklejał się od skóry, i ponieważ doszedł do przeświadczenia, że wartość owej zachwalanej przez Hjort'a fizyologicznej toalety oka jest przecież nieco wątpliwą, a natomiast unieruchomienie powiek i gałki tylko korzystnie na przebieg pooperacyjny może oddziaływać. W naszej znowu klinice mieliśmy sposobność przekonać się, że ta mała ilość waty, która dość luźnie spoczywa na zamkniętych powiekach, nie wywiera na oko żadnego ucisku, któryby mógł utrudniać wypełnienie przedniej komory i zlepienie się brzegów ranki. Już w owym czasie, kiedyśmy zakładali papierowy opatrunek jedynie chorym przychodnim, mogliśmy stwierdzić pewne jego zalety: przedewszystkiem wyższość opatrunku papierowego nad płóciennym stanowi jego lekkość; następnie podnoszą chorzy, jako dodatnią jego stronę, że nie grzeje tak, jak to czyni opaska płócienna, obejmująca znaczną część głowy. Wielką wygodę stanowi, zwłaszcza dla kobiet, możność czesania włosów, czemu opaska płócienna zazwyczaj przeszkadza; a w dodatku dla dokładnego założenia takiej opaski muszą kobiety rozplatać warkocze. O innych zaletach opatrunku Wolffberg'a przekonywaliśmy się stopniowo, gdyśmy z biegiem czasu zaczęli używać go coraz to częściej i gdyśmy z ambulatoryum użytek jedwabnego papieru rozszerzyli także i na klinikę stałą. I tutaj jednak nie odrazu, lecz powoli i stopniowo zyskiwał papier

przewagę nad watą i płótnem, aż wreszcie zapanował wszechwładnie. —

Z początku był on w użyciu po takich tylko operacyach, jak wycięcie tęczówki lub rozcięcie torebki, potem także po operacyach zaćmy miękkiej. Wreszcie zaczęliśmy opatrywać sposobem Wolffberg'a chorych operowanych na zaćmę starczą. Widząc, jak wiele zalet sposób ten posiada, zaczęliśmy się nim posługiwać prawie wyłącznie i mniej więcej od pół roku opaskę płócienną zakładamy tylko wyjątkowo, mianowicie po operacyach połączonych z większym krwotokiem, który pod luźnym opatrunkiem papierowym nie ustałby dość prędko, lub zatamowany mógłby się odnowić; a zatem po wyjęciu gałki lub wyłuszczeniu większych nowotworów z oczodołu; oprócz tego po niektórych operacyach plastycznych, zwłaszcza sposobem Thiersch'a wykonanych; nakoniec w przypadkach, gdzie po operacyi wskazane są ciepłe lub zimne okłady, w którym to razie, aby ułatwić przewodzenie ciepła, względnie zimna z przyrządu Leiter'owskiego, zakładamy opaskę krochmalną. Po wszystkich niemal innych operacyach zaklejamy oczy papierem jedwabnym i jak dotychczasowe doświadczenie poucza, należy ten rodzaj opatrunku uznać za najwłaściwszy.

Zwłaszcza po operacyi zaćmy starczej zalety opaski papierowej szczególnie na jaw wychodzą. Oko operowane jest zupełnie wystarczająco ochronione przed zewnętrznemi szkodliwościami, jak pył, drobne ciała obce, wreszcie blask światła dziennego. Mógłby ktoś wprawdzie zarzucić, że cienki papier jest zbyt wątłą osłoną przed silniejszymi urazami, jakie mogą spotkać operowane oko: zapewne, — ale opaska płócienna nie ochroni też oka lepiej w takim przypadku, zatem pod tym względem tylko siatka Fuchs'a pewną wyższość przedstawia; ma ona jednak liczne strony ujemne. Wiadomo, że opatrunek, złożony z waty i z opaski płóciennej, musi być bardzo starannie założony, jeśli ma odpowiadać swemu celowi: cała mianowicie najbliższa okolica oka, wszystkie zaułki i zagłębienia muszą być starannie i równomiernie watą wyścielone. Jeśli opaska taka, chociażby była pierwotnie wzorowo założoną,

przesunie się z powodu niespokojnego zachowania się chorego, wtedy, zamiast pomagać, działa wprost szkodliwie, wywierając ucisk w miejscach niewłaściwych, n. p. na rogówkę, co utrudnia wytworzenie się przedniej komory. W wyższym jeszcze stopniu może ugniatać oko twarda siatka Fuchs'a, gdy się przesunie. Opatrunek Wolffberg'a nie przedstawia tej niedogodności; papier, przytwierdzony do skóry dookoła oka, utrzymuje w jednem miejscu odrobinę waty, która w żadnym razie szkodliwego ucisku na oko wywrzeć nie może, mając tylko za cel przypominać operowanemu, że ma opaskę na oku, że ma je zatem trzymać przymknięte. Przy opatrunku płóciennym zdarza się nieraz, że chory nieposłuszny w nieobecności lekarza i dozorującej służby, odchyla nieco opaskę, czy to, ażeby przekonać się o skutku operacyi, czy też, żeby palcem przetrzeć operowane oko. Przetarłszy oko i zaspokoiwszy przedwczesną ciekawość, podniesioną opaskę poprawia na nowo, a później, w razie nieszczęśliwego przypadku, n. p. w razie krwotoku, lub, co gorsza, zakażenia rany, wypiera się ze swej strony wszelkiej winy, której zresztą niepodobna mu dowieść. Inaczej ma się rzecz z opaską papierową: tu nie uda się już choremu zmylić czujności otoczenia, bo chcąc się dostać do operowanego oka, musi rozedrzeć osłaniający je papier, a zrobionego w opatrunku otworu nie potrafi potem ani ukryć, ani usprawiedliwić. — Nie można też pominąć milczeniem jeszcze jednej okoliczności, która zwłaszcza w stosunkach klinicznych zasługuje na uwzględnienie. Mam tu na myśli wzgląd oszczędnościowy. Czarny papier jedwabny, który kupuje się librami i z którego wycina się opaski według jednego wzoru, jest materyałem opatrunkowym bez porównania tańszym, niż płótno, względnie tak zwany kalikot, z którego z niemałym nakładem pracy trzeba wykrawywać i zwijać opaski. Co się tyczy wyjaławiania, to daje się ono przeprowadzić z równą ścisłością i dokładnością dla papieru jak i dla płótna, z tą tylko różnicą, że papier lepiej jest sterylizować na sucho.

Do przyklejania papieru używamy rozczynu zwyczajnej gumy arabskiej. Wolffberg dodaje do tego rozczynu szczyptę

kamfory, aby zapobiedz pleśnieniu; — my zaprawiamy w tym celu gumę rozczynem sublimatu 1:1,000. Robiliśmy próby zastąpienia gumy syndetikonem, powszechnie znanym klejem, trzymającym bez porównania silniej, niż guma. Ale środek ten jest niedogodnym z tego powodu, że zawiera wolny kwas octowy, który, ulatniając się, zadrażnia oko; prócz tego niemiły jest w użyciu, bo oblepia palce, które z kolei lepną silnie do wszystkich dotkniętych przedmiotów, a nie dość prędko i łatwo dają się odmyć w zwykłej wodzie, — najlepiej jeszcze w słabym rozczynie octu. W pewnych jednak przypadkach, gdzie chodzi o wywarcie ucisku zapomocą opaski, n. p. przy opryszczce rogówki *(herpes corneae)*, użyliśmy kilkakrotnie z korzyścią mocniejszego papieru, większej ilości waty i syndetikonu, jako kleju mocniejszego od gumy. W takim też razie znaczniejsza ilość waty pokrywająca oko, chroni je dostatecznie przed szkodliwym wpływem kwasu octowego. — Zazwyczaj jednak rozczyn zwyczajnej gumy do celów naszych najzupełniej nam wystarcza.

Bezpośrednio po operacyi zaćmy zaklejamy papierem Wolffberg'a obydwa oczy także i wtedy, gdy tylko jedno było operowane. Zazwyczaj, jeżeli chory na nic się nie skarży i jeśli przebieg operacyi był prawidłowy, zmieniamy ten opatrunek dopiero na trzeci dzień dla zapuszczenia atropiny i opłukania, jako też obejrzenia operowanego oka. Aby odrywanie papieru przyklejonego do włosów brwi i brody nie sprawiało choremu bólu i nie powodowało odruchowego ściskania powiek, wystarczy odmoczyć brzegi papierowego płatka przez pociągnięcie ich wilgotnym wacikiem. Od trzeciego dnia począwszy, zmieniamy opatrunek codziennie raz, jeżeli stan oka nie wymaga częstszego zapuszczania kropli. Piątego, a najdalej szóstego dnia uwalniamy chorego od opaski i zastępujemy ją okularami dymnemi. (Dok. nast.).

3. Cierpienia oczne w histeryi.

Ośm przypadków własnych.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

Dokończenie.

Bezwład mięśni ocznych przy histeryi jest rzadkim. — Charcot i Moebius nie wierzą w jego istnienie. Niektóre z ogłoszonych przypadków uważane są za wątpliwe przez Schmidt-Rimpler'a i Pansier'a. Rzecz często ogranicza się niedowładem mięśnia, towarzyszącym kurczowi mięśnia przeciwnego, jak to wskazał Parinaud, albo niedostatecznością zbieżności, która ulega zmianom, zależnym od stanu ogólnego, i znika z innymi objawami histeryi. Pansier sądzi, że niedomiarowość ma pewien wpływ na powstawanie niedostateczności zbieżności, gdy w większości przypadków chorzy byli krótkowzroczni.

Niekiedy spostrzegano zniknięcie poczucia mięśniowego, uniemożliwiające dla chorego zdawanie sobie sprawy z ruchów gałki; Szokalski był jednym z pierwszych, którzy zwrócili uwagę na to cierpienie.

Niewątpliwych przypadków bezwładu histerycznego mięśni zewnętrznych ocznych istnieje w literaturze tylko kilka. Bezwład wszystkich mięśni zewnętrznych miał miejsce w przypadkach Bristowe'a, Ballet'a[1]) i Raymond'a[2]), bezwład mięśnia prostego zewnętrznego w przypadkach Parinaud'a, Duchenne'a[3]) (w którym bezwład przeszedł z prawego oka na lewe) i Borel'a (niedowład obustronny mięśnia prostego zewnętrznego). Charakterystyczną cechą bezwładu histerycznego

[1]) Revue de médecine. 1888. 337. Tu też wymieniony przypadek Bristowe'a.

[2]) Mercredi médical. 1891, nr 26.

[3]) Gazette des hôpitaux, 1875, 682.

jest niemożliwość ruchów dowolnych, przy swobodzie bezwiednych; chory, który nie jest w stanie poruszyć okiem odpowiednio do swego życzenia, wykonuje ten sam ruch pod wpływem stuku, blasku i t. p.

Bezwład histeryczny mięśnia, unoszącego górną powiekę, odrzucany przez Charcot'a i Borel'a, uważany za wątpliwy przez wielu innych, powstaje w rzadkich przypadkach. Miał on miejsce w wymienionych przypadkach Bristowe'a i Raymond'a.

Źrenica zachowuje się w histeryi rozmaicie; najczęściej bywa prawidłowej postaci i zachowuje odruch, w niektórych przypadkach zmienia kształt i ma odruch upośledzony.

Stałe rozszerzenie i zwężenie źrenicy jest bardzo rzadkie, najczęściej jest ono czasowe, znika i wraca, zwężenie przechodzi w rozszerzenie i odwrotnie.

Zwężenie źrenicy rzadko się spostrzega; widział je Gałęzowski w połączeniu z kurczem mięśnia rzęskowego; ustąpiło działaniu atropiny; było niewątpliwie kurczowem.

Rozszerzenie źrenicy najczęściej bywa kurczowem (przypadki Roeder'a, Pansier'a, Duboys'a, Bertillon'a, Giraud-Teulon'a, Lapersonne'a), rzadko bezwładowem. Przypadek, odnoszący się do tego ostatniego, opisał Donath[1]). Rozszerzenie i nieruchomość źrenic występowały i znikały jednocześnie z innymi objawami histeryi i wykazywały wraz z nimi transfert. Cierpienie to więc nie zależało od zmian w jądrze nerwu okoruchowego, lecz było pochodzenia korowego, podobnie jak inne objawy histeryi; w dalszym wyniku Donath uważa jądro zwieracza tęczówki, jako ośrodek podrzędny, wyższy zaś upatruje w korze mózgowej. Cierpienie ustąpiło pod wpływem poddawania w hypnozie.

Jacovidès[2]) ogłosił przypadek, w którym rozszerzenie się źrenicy ze zniesieniem wszelkiego odruchu zjawiło się w oku prawem, następnie opanowało lewe, w którem odtąd występo-

---

[1]) Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1892. Bd. II. Nr 2—3.

[2]) Archives d'ophtalm., octobre 1898. 645.

wało napadami, trwającymi od 15 godzin do kilku dni, podczas gdy w prawem istniało bez przerwy około 2 miesięcy. Znieczulenie połowiczne przechodziło na lewą stronę, gdy rozszerzała się lewa źrenica, i wracało na prawą, gdy zwężała się. Cierpienie ustąpiło poddawaniu w hypnozie.

Zachowanie odruchu źrenicy na światło uważali przez długi czas poważni badacze, jak Struempell, Oppenheim, Moebius, za charakterystyczne dla histeryi, odróżniające napady tej ostatniej od padaczkowych. Féré, Pansier i Philipsen [1]) wkrótce zwrócili uwagę na zniesienie oddziaływania źrenic na światło w napadach niektórych przypadków histeryi. Karplus [2]) stwierdził, że objaw ten ma często miejsce w napadach, mianowicie w dwóch ich pierwszych okresach i stosunkowo rzadko przed lub po okresie kurczów. Niektórzy chorzy przedstawiają brak odruchu źrenicy w każdym napadzie, inni tylko czasem. Objawowi temu towarzyszy często rozszerzenie źrenicy, rzadziej zwężenie lub stan prawidłowy. Zwykle obie źrenice jednakowo się zachowują.

Westphal [3]) na podstawie dwóch przypadków z kliniki prof. Jolly'ego twierdzi, że brak odruchu źrenic spostrzega się nie tylko podczas napadów, ale także u niektórych histeryków pomiędzy napadami. Sądzi, że stan źrenic zależy od stopnia histeryi, czemu zaprzecza Karplus, który widział zmiany źrenic zarówno w ciężkich, jak i lekkich przypadkach.

Roeder spotykał rozszerzenie źrenicy, jako zapowiedź napadu, nie ulegające zupełnie działaniu ezeryny.

Rosenthal [4]) utrzymuje, że przy połowiczem znieczuleniu z połowiczą ślepotą odruch źrenicy bywa osłabiony.

W rzadkich przypadkach bywa zniesione oddziaływanie źrenicy nie tylko na światło, lecz także na akomodacyę. — Wprawdzie czasem histeryczki, wkraplając sobie tajemnie do

---

[1]) Hospital Tidende 1891 (wymienione przez Pansier'a op. cit.)

[2]) Wiener klin. Wochenschr., 1896, nr. 52. — Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1898. XVII. 1.

[3]) Berliner klin. Wochenschrift, nr 47—48. 1897.

[4]) Archives de neurologie, 1883. Nr 15.

oka atropinę, wywołują sztucznie podobny stan, jednak posiadamy w literaturze pewną liczbę przypadków, w których przypuszczenie tego wpływu jest wyłączonem i które dowodzą możliwości zniesienia akomodacyi w histeryi, wbrew zdaniu, panującemu poprzednio, że bezwład mięśni wewnętrznych oka, podobnie jak w zakresie nerwu twarzowego, ma być dowodem zmian anatomicznych układu nerwowego i wyłączać czynnościowe. Pierwszy taki przypadek, mianowicie Richet'a, wymienia Gilles de la Tourette; następnie ogłosili swoje przypadki Donath, Nonne i Besselin[1]), Roeder, Jacovidès, Aurand i Frenkel[2]), Claude[3]) i Blok[4]). Widzimy z tych przypadków, że zupełna nieruchomość i rozszerzenie źrenicy mogą pod wpływem poddawania w hypnozie przechodzić razem z połowiczą nieczułością na drugą stronę (transfert) i pod wpływem tego leczenia zupełnie ustąpić wraz z innymi objawami histeryi. W przypadku Bloka, który, podobnie jak Aurand i Frenkel, stan źrenicy przypisywał jednoczesnemu istnieniu kurczowego jej rozszerzenia się z bezwładem akomodacyi, po licznych przejściach z jednego oka na drugie, zupełna nieruchomość źrenicy zapanowała obustronnie przez kilka miesięcy, nasuwając chwilowo przypuszczenie cierpienia organicznego.

Oprócz zboczeń czynnościowych histerya wywołuje zaburzenia troficzne, w pierwszym rzędzie naczynioruchowe skórne, jak obrzęki, poty, wylewy krwi i t. d.

W obrębie oka wybroczyny krwawe spostrzegają się w spojówce, nadając łzom czerwone zabarwienie. Cowpland[5]) widział podspojówkowy wylew krwi, Hippel jednocześnie ze spojówkowym wylew w komórce przedniej, wywołujący zmiany w rogówce: zmętnienie jej i opadanie nabłonka; komórka prze-

---

[1]) »Ueber Contractions und Lahmungs-Zustand der ext. u. int. Augenmuskeln bei Hysterie«. Leipzig, 1896.

[2]) Revue de méd., 10 oct. 1896.

[3]) Journal de praticiens, 1896.

[4]) Annales d'Oculistique, mars 1898. 193.

[5]) Ophthalmological Society of the United Kingdom, dec. 9. 1886.

dnia zwężała się, źrenica stawała się nieprawidłową, oko było przekrwione, ciśnienie wewnątrzgałkowe zmniejszone.

Valois[1]) spostrzegał wybroczyny krwawe w siatkówce u dziewczyny lat 19, dotkniętej napadami wielkiej histeryi i blednicą i nie przedstawiającej zboczeń w sercu i wogóle w narządach wewnętrznych.

Opisano przypadki łzawienia histerycznego (Berger[2]), które przyłączało się do ciężkiej, albo lekkiej postaci choroby, a czasem stanowiło główny objaw histeryi. Trwać ono może miesiące i lata, bywa po większej części jednostronne, gdy zaś obie strony są porażone, łzawienie jest większem po stronie, przedstawiającej objawy histeryi w wyższym stopniu.

Łzawienie to jest skutkiem powiększenia wydzieliny gruczołu łzowego (podobnie jak jest powiększoną w histeryi wydzielina moczu i potu), albo kurczu włókien mięśniowych kanałów łzowych, albo obu tych przyczyn razem. — Berger przypuszcza, że przypadki uporczywego łzawienia, w których wydalano gruczoł łzowy, były zależne od histeryi. Właściwości, które odróżniają łzawienie histeryczne od zwyczajnego, są: powiększanie się łzawienia w domu, szczególniej, gdy chory się nudzi, zmniejszanie się na ulicy, ustępowanie w nocy i następowanie po łzawieniu uczucia suchości oka.

Ostatnio Fromaget[3]) opisał łzawienie, zjawiające się obustronnie napadami co 10—15 minut u dziewczyny lat 26, przedstawiającej ogólne i oczne objawy histeryi.

Cierpienie to ustępuje przy ogólnem leczeniu histeryi; stosowanie zgłębnika może pomódz, jako poddawanie, albo przez rozszerzenie kurczowo zwężonego kanału.

Spostrzegano zabarwienie niebieskawe barwnym potem skóry powiek, zwłaszcza dolnej. Odcień staje się czasem brunatnym lub czarnym. Food[4]) zebrał 46 spostrzeżeń tego zaburzenia, zwanego chromhydrozą (6 u mężczyzn, 40 u kobiet)

---

[1]) Sociéte d'ophthalmologie de Paris (Recueil d'ophtalm. 1897. 198).

[2]) Le Progres medical, 5 oct. 1895.

[3]) Annales d'Oculistique, juillet 1899.

[4]) Dublin Journal, march 1889.

i przypuszcza, że zabarwienie powstaje wskutek utlenienia połączeń indykanu albo indyga, wydzielanych przez gruczoły potowe, albo też wskutek działalności drobnoustrojów, podobnych do micrococcus pyocyagenus lub prodigiosus.

Często ma miejsce symulacya (barwienie skóry przez chore), jak to zostało stwierdzone w wielu przypadkach. — Rothmund[1]) zauważył inną przyczynę u jednej dziewczyny, pracującej w fabryce. Podczas miesiączki dostawała ona łojotoku na powiekach; pył z węgla w fabryce przylegał wskutek tego do nich, wywołując zabarwienie, podobne do chromhydrozy. Tego rodzaju przypadki muszą być częste w miastach fabrycznych.

Prof. Wicherkiewicz[2]) spostrzegał przypadek jaskry, wywołany przez histeryę u 45-cioletniej kobiety; pomimo wycięcia tęczówki przez jednego z okulistów, objawy jaskry pozostały i pogarszały się przy każdem miesiączkowaniu i po każdem wzruszeniu. Leczenie tyłozgięcia macicy złagodziło cierpienie.

Wygląd wziernikowy przy histeryi prawie nigdy nie ulega zmianie. Klein, Huguenin, Izilli, Marigliano, Jaeger spostrzegali podczas napadu zwężenie naczyń siatkówki i zmętnienie tej błony, co wszystko po napadzie znikało. Bardzo rzadko widziano te objawy niezależnie od napadów.

Raz Landolt i raz Leber[3]) znaleźli w tarczy nerwu wzrokowego zmiany zanikowe; należy je uważać, jak słusznie zaznacza Schmidt-Rimpler, za niezależne od histeryi.

Opisane objawy oczne histeryi występują oddzielnie, lub łączą się z sobą, wywołując najrozmaitsze obrazy choroby, mogące łatwo w błąd wprowadzić. Parinaud[4]) twierdzi, że zna kilka przypadków, w których dokonano wyłuszczenia oka

---

[1]) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1866. 103.
[2]) Nowiny Lekarskie, luty, 1896.
[3]) Graefe-Saemisch, Handbuch der Augenheilk. V. 985.
[4]) Société d'ophtalmologie de Paris, 5 fevr. 1895 (Arch. d'ophtalm. 1895. 585).

dla usunięcia przypuszczalnego zapalenia współczulnego, a w których było właściwie tylko histeryczne cierpienie oczu.

Podczas napadu histerycznego objawy oczne często są spostrzegane. Zwiastunami napadu mogą być: zjawienie się lub powiększenie się niedowidzenia ze zwężeniem pola widzenia i osłabieniem poczucia barw, rozszerzenie źrenicy, nieczułej na działanie ezeryny, podwójne widzenie, halucynacye wzrokowe, kurcz mięśni zewnętrznych ocznych. Przy zbliżaniu się napadu kurcz wzmaga się i łączy się z szybkiem mruganiem powiek i łzawieniem; źrenice się zwężają i gałki oczne kurczowo się poruszają. Migrena oftalmiczna czasem stanowi aurę napadu histerycznego.

Przy nastąpieniu napadu gałki są kurczowo pociągnięte ku górze lub ku dołowi, czasem wykonywują drobne ruchy drgające. Źrenica jest początkowo zwężona, lecz zaraz rozszerza się (rzadko pozostaje zwężoną) i taką do końca napadu przedstawia się. W niektórych przypadkach spostrzegano w lekkim stopniu kolejne rozszerzanie się i zwężanie się źrenicy (hippus), poczem następowało rozszerzenie. Odruch źrenicy podczas napadu może być zachowany, osłabiony lub utracony.

Powieki są zamknięte, albo otwarte; czułość spojówki i rogówki zmniejszona, albo zniesiona.

Charcot, Grasset, Richet zamknięciem powiek zamieniali stan kataleptyczny na letargiczny; odmykając jedno oko, a drugie zostawiając zakrytem, wytwarzali u chorego po jednej połowie katalepsyę, po drugiej letarg.

W katalepsyi mięśnie oczne zachowują się jak niektóre twarzowe; oko, odciągnięte szczypcami, powraca, będąc uwolnione, do poprzedniego położenia, lecz, krążąc za pokazywanym przedmiotem, może zatrzymać się w położeniu wybranem.

W letargu bywa drganie powieki górnej.

Po napadzie źrenica jest rozszerzona i odruch jej w przypadkach, gdy był upośledzony, pozostaje przez jakiś czas osłabionym. Spostrzega się czasem jednooczne podwójne widzenie, zez kurczowy, déviation conjuguée, nieruchomość zupełną gałek

wskutek kurczu wszystkich mięśni zewnętrznych, któremu towarzyszy kurcz wewnętrznych.

Powstają czasem halucynacye wzrokowe, przybierające najczęściej barwę czerwoną i pojawiające się po stronie połowiczego znieczulenia. Pole widzenia jest zwężone.

Charcot i jego szkoła dowiedli, że mogą chorować na histeryę tylko osoby, mające usposobienie do niej, po większej części dziedziczne. Dziedziczność ta może być równoimienną (gdy n. p. matka chorego cierpiała na histeryę), albo różnoimienną (gdy przodkowie byli dotknięci innemi chorobami nerwowemi); często dziedziczność jest mięszana. Grasset jest zdania, że usposobienie do histeryi rozwija się na tle dziedzicznem innych skażeń, jak dny, zołzów, cukrzycy i t. d. Richelot przypuszcza, że histerya stanowi czasem ostatni okres dny. Oba te ostatnie zdania nie zdają się być uzasadnionemi.

Przy usposobieniu do histeryi najrozmaitsze czynniki (agents provocateurs), często bardzo błahe, mogą sprowadzić wybuch choroby. Odruchy, potężne u histeryków, pozwalają nieznacznym bodźcom wywołać wielkie zaburzenia czynnościowe.

Najczęściej wstrząśnienia psychiczne, a szczególniej przestrach, wywołują wystąpienie histeryi. Nawet przestrach wskutek przykrego snu może być takim czynnikiem, jak wskazuje przypadek Jasieńskiego[1]). Naśladownictwo, działające silnie na usposobionych do histeryi, odznaczających się wrażliwością, jest również silnym bodźcem i może sprowadzić całą epidemię histeryi.

Częstym czynnikiem wywołującym jest uraz, niekiedy bardzo nieznaczny. Wszystkie choroby zakaźne, ostre i przewlekłe, mogą wpłynąć na wybuch histeryi przez ogólne wycieńczenie ustroju, albo przez trujące oddziaływanie na wrażliwy układ nerwowy: usposobienie, ukryte u rodziców, może, rozbu-

---

[1]) Gazeta Lekarska, 1895. 920.

dzone przez ten czynnik, objawić się u dzieci. Podobnież działają przewlekłe zatrucia (przez wyskok, nikotynę, ołów, rtęć, morfinę i t. d.) i ostre (chloroform, kamfora i t. d.), które, oprócz swoistych, wywołują objawy histeryczne.

Choroby narządu płciowego, szczególniej u kobiet, wpływają, przy istniejącem usposobieniu do histeryi, o tyle na wywołanie tego cierpienia, o ile sprowadzają ogólne wycieńczenie lub przygnębienie. W wielu przypadkach histeryi nie znaleziono żadnych zmian w narządzie płciowym. Owaryalgia, jeden z najstalszych stygmatów histerycznych, nie ma u histeryczek związku z jajnikami, gdyż spotyka się również u mężczyzn (t. zw. pseudo-owaryalgia).

Inne czynniki, wywołujące histeryę, są: przeciążenie umysłowe i fizyczne, nadużycia płciowe, samogwałt, uporczywe krwotoki, wycieńczające ustrój, przeziębienie, działanie silnego światła, próby hypnotyzowania i t. d.

Uszkodzenie jednego oka może u histeryka wywołać współczulnie w drugiem cierpienie histeryczne w postaci niedowidzenia, zwężenia pola widzenia, zaburzenia poczucia barw i in., bez zmian wziernikowych, jak to wskazują przypadki Kalt'a i Vignes'a[1]).

W jednym przypadku Moore'a[2]) wkroplenie atropiny do oczu sprowadziło u mężczyzny lat 22 zupełną ślepotę, która trwała 18 miesięcy; w drugim, chłopak lat 15, po nieprzyjemności, doznanej w szkole, został dotknięty ślepotą prawego oka, która ustąpiła pod wpływem eteryzacyi.

Parinaud[3]) spostrzegał ślepotę prawego oka u mężczyzny lat 28 po urazie, który sprawił małą wybroczynę krwawą i nieznaczne zdarcie skóry; oko nie było wcale uszkodzone. — Blok[4]) widział niedowidzenie histeryczne ze skotomatem ośrod-

---

[1]) Société d'ophtalmologie de Paris, octobre 1891.

[2]) American Ophthalmological Society, july 1888 (The Ophthalmic Review 1888. 308).

[3]) Bull. méd. 1889. 780.

[4]) Posiedz. Towarz. Niderlandzk. Oftalmolog. 27 maja 1894 (Archives d'ophtalm. 1895. 525).

kowym po wyłuszczeniu cholesteatomy z przewodu usznego zewnętrznego.

Cierpienia nerwowe, wywołane przez urazy, które szczególniej stały się częste od czasu rozszerzenia się kolei żelaznych i pomnożenia się wskutek nich wypadków nieszczęśliwych, zwróciły na siebie powszechną uwagę, jako mające znaczenie nie tylko naukowe, ale też sądowo-lekarskie. Erichsen[1]) uważał je za chorobę rdzenia kręgowego i jego opon i nazwał railway-spine, Page[2]) za chorobę mózgowia (railway-brain), Oppenheim[3]), Thomsen, Struempell nazwali nerwicą urazową, uważając za oddzielną jednostkę chorobową. Charcot włączył to cierpienie do histeryi i wykazał, że jest ono wywołane nie przez samo uszkodzenie, które może być bardzo nieznaczne, lecz przez wstrząśnienie psychiczne wskutek doznanego niebezpieczeństwa, lubo wiadomo oddawna, że uraz może również sprowadzić histeryę. Osoby, usposobione nerwowo, które wcale nie ucierpiały, lecz były tylko świadkami katastrofy, stają się ofiarami choroby. Dało to powód dawniejszym autorom niemieckim nazwać to cierpienie »Schrecklähmung«.

Charcot wykazał, że objawy nerwicy urazowej nie różnią się od spostrzeganych przy histeryi zwyczajnej i że mogą one być wywołane w hypnozie poddawaniem albo działaniem (lekkie uderzenie w ramię sprowadza jego bezwład), co wyjaśnia zależność postaci nerwicy od miejsca uszkodzenia. Że wstrząśnienie psychiczne wskutek urazu może sprowadzić stan podobny do hypnozy, wykazał Dunin[4]).

Obecnie nerwica urazowa nie jest już uważaną za chorobę samodzielną, lecz za histeryę, neurastenię, melancholię lub hypochondryę, wywołane u osób usposobionych do tych cierpień przez uraz, albo wstrząśnienie psychiczne. Najczęściej objawy

---

1) »On railway and other injuries of the nervous system«. 1866.

2) »Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock«. 1882.

3) »Die traumatischen Neurosen«. 1889.

4) Gazeta Lekarska, 1890. 356.

wskazują na histeryę, lub neurastenię, albo połączenie tych dwóch chorób.

Objawy te, występujące czasem w kilka tygodni, lub miesięcy po wypadku, są po większej części podmiotowe, bardzo zmienne, podobnie jak w histeryi. Jak w tej ostatniej, chorzy są skłonni do symulacyi i przesady w przedstawianiu choroby.

Objawy oczne nie różnią się od spostrzeganych w histeryi. Powstaje zwężenie współśrodkowe pola widzenia ogólne i dla barw, powiększanie się zwężenia podczas badania, nierówność i zwężenie źrenic, prawidłowo oddziaływających, osłabienie siły wzroku, zmniejszenie szerokości akomodacyi i zbieżności, opadnięcie górnej powieki, zez, podwójne widzenie, drażliwość na światło, ból zagałkowy i skroniowy, szybko następujący po najmniejszem natężeniu oczu. Objawy te, podobnie jak ogólne i jak spostrzegane w histeryi, ulegają częstym wahaniom, mogą znikać i powracać.

Oppenheim i Wilbrand uważają współśrodkowe zwężenie pola widzenia za najstalszy objaw nerwicy urazowej. Schmidt-Rimpler dla wykrycia udawania radzi badać pole widzenia przed tablicą czarną w różnych odległościach, przyczem symulanci podają pojawienie się przedmiotu bez względu na odległość od tablicy, lubo granice pola w miarę oddalania rozszerzają się. Albo też radzi usiąść w oddaleniu pół metra naprzeciw badanego, oko w oko, i posuwać, po zasłonięciu drugiego oka, rękę w płaszczyźnie prostopadłej do środka linii, łączącej oko badającego z badanem; oznaczywszy granice widzenia obwodowego w stosunku do badającego, powtarza się badanie w większem oddaleniu, a gdy przytem badany wskazuje poprzednie granice, poznaje się udawanie.

Nieco później Wilbrand podał jako najdokładniejszy sposób określania pola widzenia badanie w ciemności przy pomocy samoświecących przedmiotów.

Przypadek, odnoszący się do histeryi urazowej, spostrzegałem przed 4 laty; był on ogłoszony w czasopiśmie »Medicinskoje Obozrenie«.

Maszynista kolei poleskich, lat 33, podczas manewrowania

lokomotywy, spadł z niej i uderzył się w prawy bok. Ponieważ obok ogólnych objawów skarżył się na oczy, Dr Leszczyński, naczelny lekarz kolei poleskich, skierował go do mnie.

Prawe oko: siła wzroku osłabiona, liczy palce z odległości pół metra, nie czyta najgrubszego druku. Pole widzenia zwężone: zewnątrz 35^0, zewn. i od góry 16^0, zewn. i od dołu 29^0, od góry 1^0, od dołu 4^0, od dołu i wewnątrz 4^0, na wewnątrz i wewnątrz ku dołowi pole jest zupełnie zniesione. Szybko następujące zmniejszanie się pola podczas badania ogranicza je do 28^0 zewnątrz, 8^0 zewn. i ku górze, 20^0 ku zewn. i dołowi; w innych południkach znika ono.

Lewe oko: siła wzroku 0,3, pole widzenia zewn 49^0, wewn. 15^0, ku górze 14^0, ku dołowi 21^0. Podczas badania zmniejsza się ono na 6—7^0. Oczy są miarowe.

W obu oczach uczucie barwy czerwonej istnieje tylko dla widzenia ośrodkowego. Inne barwy nie są rozpoznawane zupełnie.

Czułość spojówki obustronnie zniesiona, rogówki zmniejszona, więcej w prawem oku, niż w lewem. Źrenice rozszerzone, równe, oddziaływają leniwie na światło i akomodacyę. Objaw ten, łącznie z położeniem najbliższego punktu jasnego widzenia, który leży o 25 ctm., wskazuje na niedowład mięśnia akomodacyjnego.

Zewnętrzne mięśnie oczne nie przedstawiają zboczenia.

Badanie wziernikowe, oprócz zwężenia tętnic siatkówki w obu oczach, nie wskazuje zmian.

Stan ogólny, według badania Dra Leszczyńskiego, przedstawia znaczne osłabienie czułości bólowej i termicznej po prawej połowie ciała, włókienkowate drgania w języku i prawej ręce, wzmożenie odruchów ścięgnistych z prawej strony. Przygnębienie, stępienie umysłowe, ponure usposobienie. Chód zmieniony, powolny, chwiejący się; prawą nogę wlecze, idąc. Chory skarży się na zawroty głowy i bóle w pasie i w prawym stawie biodrowym. Żadnych oznak cierpienia narządów wewnętrznych, również jak śladów uszkodzenia prawego boku, nie znaleziono.

Nie mogłem dowiedzieć się, czy istniały w rodzinie chorego cierpienia nerwowe.

Badanie objawów ocznych, przeprowadzone w rozmaity sposób, wyłączyło symulacyę, wskutek czego zarząd kolei przyznał odpowiednie wynagrodzenie pieniężne choremu.

Ogólnie przyjętem jest obecnie, że histerya zależy od zmian w mózgu, lubo te zmiany nie są dostrzegalne przy naszych sposobach badania. Ponieważ pierwszymi i głównymi objawami histeryi są zaburzenia psychiczne, po których później dopiero występują ruchowe, czuciowe i troficzne, należy przyjąć to cierpienie za skutek zmian w korze mózgowej. Przypuszczenie to potwierdza fakt znany, że zniesienie czynności kory sprowadza ogromną przewagę odruchów, spostrzeganą w histeryi. Zaburzenia korowe mogą odnosić się do obrębu uczuć, wyobraźni, albo woli. Zwolenników przypuszczenia zależności histeryi od pierwszego obrębu jest bardzo niewielu (Briquet); zależność od wyobraźni przyjmują Bernheim i Moebius[1]). Ponieważ jednak ani jedno, ani drugie przypuszczenie nie objaśnia dokładnie wszystkich objawów histeryi, Jaccoud[2]), Axenfeld-Huchard[3]) i inni przyczynę tej choroby odnoszą do zaburzenia obrębu woli. Zwolennikiem tego poglądu, bez żadnych zastrzeżeń, jest w piśmiennictwie polskiem Kamieński[4]), który dowodzi, że wadliwy rozwój psychiczny histeryków polega na wytwarzaniu się w ich umyśle niedokładnych i nietrwałych obrazów zmysłowych i ruchowych; bezpośredniem tego następstwem jest niewytworzenie się woli u histeryków, brak zaś woli pociąga za sobą nadruchliwość psychiczną i mięśniową, której głównym wyrazem jest przechodzenie wszelkiego podrażnienia przeważnie na drogi ruchowe; zmiany czuciowości są tylko objawami, wikłającymi zaburzenia i towarzyszącymi im.

---

[1]) Centralbl. f. Nervenheilk. 1888. XI. 3.

[2]) »Traité de la pathol. int«. I. 632.

[3]) »Traité de névroses«. 971.

[4]) Gazeta Lekarska, 1892, nr 31—39.

Pogląd ten wydaje mi się nieco jednostronnym, szczególniej wobec charakteru objawów ocznych. Przypuszczam, że w histeryi cierpi nie tylko obręb woli, lecz także obręb wyobraźni.

Obok zmian korowych, pierwotnych, istnieją następcze zaburzenia, najprawdopodobniej naczynioruchowe, w niższych ośrodkach mózgowych.

Istnienie podobnych zaburzeń, wywołujących objawy oczne, Charcot przypuszczał w tylnej $^1/_3$ części torebki wewnętrznej (carrefour sensitif), opierając się na występowaniu jednakowych z histeryą objawów (zwężenie współśrodkowe pola widzenia, znieczulenie połowicze, zaburzenie uczucia barw) przy zmianach anatomicznych w tej części mózgu.

Knies[1]) przypisuje histeryę zaburzeniom naczynioruchowym w mózgu i rdzeniu, wywołującym objawy choroby za pośrednictwem nerwów, przechodzących przez wąskie kanały, dla oka przez otwór wzrokowy. Nerw wzrokowy ulega w tym otworze uciskowi ze strony rozszerzonych naczyń; ucisk ten działa niestale, ustępuje i wraca, czem się objaśnia zmienność objawów.

W ostatnim czasie Biernacki[2]) wystąpił z innem objaśnieniem istoty histeryi i neurastenii. Opierając się na całym szeregu własnych poszukiwań nad krwią, dowodzi, że w tych nerwicach istnieją stale wahania szybkości sedymentacyi, t. j. zawartości fibrinogenów, co wskazuje na ciągłe istnienie zaburzeń utleniania. Jest to zmiana pierwotna, a histerya i neurastenia są objawami wtórnymi, wywołanymi przez zatrucie układu nerwowego produktami nieprawidłowego utleniania. — Podobna skłonność do zboczeń w przemianie materyi jest wrodzoną, również jak w cukrzycy, otyłości, dnie; zewnętrzne czynniki budzą ją ze stanu utajonego. Wzmożenie suggestyjności u histeryków Biernacki tłómaczy w podobny sposób,

[1]) Annales d'Oculistique, 1894. 43.

[2]) Krytyka Lekarska. 1897. 369.

jak przyspieszenie czynności kojarzeniowych mózgu pod wpływem trucizn (wyskoku).

Leczenie objawów ocznych histeryi nie różni się od leczenia ogólnego tej choroby. Dodać tu tylko mogę, że Féré[1]) u histeryków, ślepych na barwę fioletową, wywoływał usunięcie lub osłabienie tej ślepoty, polepszenie siły wzroku, rozszerzenie pola widzenia i zmniejszenie ogólnego znieczulenia przez patrzenie tych chorych przez szkło czerwone w ciągu 5—10 minut; przy dłuższem patrzeniu (półgodzinnem) następowało pogorszenie wskutek zmęczenia. Także same wyniki otrzymywał, polecając patrzeć przez okno i wmawiając, że okno to posiada szyby czerwone. I tu więc, jak przy każdem innem leczeniu histeryi, treść jego polega na wpływie psychicznym.

Wszelkie zabiegi chirurgiczne powinny być usunięte z obrębu leczenia histeryi.

II. STRESZCZENIA.

Ueber die Wirkungsweise der Mydriatica u. Myotica. P. Schultz (»Arch. f. Anatomie u. Physiol.« 1898. Phys. Abth.).

Wnioski, do których autor dochodzi, są następujące:

Atropina poraża tylko kończyny nerwowe w zwieraczu tęczówki, nadto działa (już w 1°/₀ rozczynie) tamująco *(hemmend)* na ganglion ciliare. —

Kokaina podrażnia kończyny włókien źrenicznych nerwu współczulnego i poraża w silniejszych rozczynach także kończyny krótkich nerwów rzęskowych (Nervi ciliares breves). — Gdy po jednej stronie przetniemy wśródczaszkowo nerw trójdzielny, wywołując przez to po tej stronie zwężenie źrenicy, to następowe zapuszczenie kokainy sprowadza po obu stronach równe rozszerzenie.

Zdaniem autora zwężenie źrenicy po przecięciu nerwu trójdzielnego polega na tem, że, przecinając nerw trójdzielny obwodowo

---

[1]) Recueil d'ophtalm. 1886. 274.

od zwoju Gasser'a, przecinamy także włókna nerwu sympatycznego dla rozwieracza źrenicy, przez co, naturalnie, działanie kokainy na obwodowe zakończyny tych włókien źrenicznych nie doznaje uszczerbku.

Fyzostygmina nie działa na sam zwieracz, jak to przypuszczano, ale na zakończyny krótkich nerwów rzęskowych, co czyni ten środek prawdziwym przeciwnikiem atropiny. To samo dotyczy muskaryny, tylko w wyższym jeszcze stopniu.

Doświadczenia te dają wskazówkę neuropatologom, że w przypadkach oftalmoplegii wewnętrznej i zewnętrznego porażenia nerwu okoruchowego, gdy fyzostygmina jeszcze działa, zachorzenie włókien zwężających źrenicę mogło tylko dotrzeć do zwoju Gasser'a, a stąd rozpoczynający się kończynowy nerw sympatyczny pozostał nietknięty, przeciwnie, że sprawa dalej sięga, jeżeli fyzostygmina już nie działa. *W.*

Beiderseitige angeborene Melanose der Hornhaut. Dr Fryderyk Krukenberg z Rostoku (»Klin. Monatsbl.« Lipiec. 1899).

W rogówce spotykamy dość często złogi różnych barwików. Każdemu okuliście znaną jest owa brunatna plamka, która pozostaje niejednokrotnie na rogówce po wyjęciu z niej odprysku żelaza. Nie jest to nic innego, jak tylko barwik mineralny, mianowicie wodorotlenek żelazowy, będący wytworem utlenienia pyłku żelaznego, który tkwił w rogówce i pozostawał w zetknięciu z jej sokami. — Senn opisał zabarwienie przybłonka i miąższu rogówkowego u farbiarzy, mających do czynienia z aniliną. Nieraz pozostają w rogówce złogi barwika krwi, jako następstwo wśródrogówkowego krwotoku w przebiegu chorób rogówki, połączonych z nowotworzeniem naczyń. Rzadszem bywa zabarwienie wśródmiąższowe rogówki przy krwotokach wśródgałkowych i przy »żelezicy« oka (siderosis). Wszystko to jednak są zboczenia nabyte. Wrodzona melanosis corneae nie została dotychczas opisaną w literaturze; Koelliker tylko wspomina, że u Murzynów na brzegu rogówki w komórkach przybłonkowych daje się tu i ówdzie wykazać barwik.

Piękny przypadek wrodzonego zabarwienia rogówki miał sposobność spostrzegać Dr Krukenberg, asystent prof. Axenfeld'a z Rostoku. U 45letniej kobiety widać było na obydwu rogówkach w samym środku, naprzeciw źrenicy, w głębszych warstwach ciemnobrunatnej barwy zaćmienie, kształtu stojącego owalu. W środku było zabarwienie najbardziej wysycone, ku obwodowi zaś stawało się coraz bledszem. Brunatny odcień barwika odpowiadał najzupełniej piwnemu zabarwieniu tęczówki. Przy powiększeniu przez lupę Westien-Zehender'a dojrzeć było można wyraźnie, że zabar-

wienie to złożone było z drobniutkich ziarenek, że dotyczyło najgłębszych warstw rogówki i nie miało żadnego podobieństwa z barwikowemi resztkami złogów wypocinowych, jakie czasem się spotyka na błonie Descemet'a. Brak wszelkich śladów przebytego zapalenia, a z drugiej strony uwzględnienie wywiadów nakazuje zmianę tę obustronną i na obydwu oczach jednakowo wybitną uważać za stan wrodzony. Aby wyjaśnić jej powstanie, powołuje się Dr K. na znany fakt, że w pewnym okresie rozwoju oka błona źreniczna (membrana pupillaris) przylega ściśle do tylnej powierzchni rogówki (Hertwig). Można zatem przypuścić, że wówczas barwik tej błony przeszedł do tylnych warstw rogówki, a błona sama uległa, jak zwykle, zupełnemu zanikowi. *Dr K. W. Majewski.*

Ueber das Vorkommen von Irisrissen. Prof. L. Weiss i Dr W. Klingelhöffer (»Archiv f. Augenheilkunde«. XXXIX. Z. III.).

Bardzo sumienne i pracowite zestawienie, jakie w tej pracy autorowie nam podają, poucza, że pęknięcie tęczówki w kierunku promieniowym należy do rzadkich wypadków. Bez wątpienia jest ono nieporównanie rzadszem następstwem tępego urazu aniżeli oderwanie tęczówki od wieńca rzęskowego. Wraz z dwoma przypadkami, które autorowie spostrzegali sami i które bardzo dokładnie przedstawiają, ogłoszono dotychczas 31 spostrzeżeń. Ponieważ do wywołania pęknięcia zwieracza źrenicy potrzeba urazu niezwykle silnego, nie dziw przeto, że pęknięcie takie, pojedyncze czy wielokrotne, bywa zazwyczaj powikłane różnemi innemi uszkodzeniami części oka tak dodatkowych, jakoteż i głębszych. Dla wytłómaczenia przerwania zwieracza źrenicy przyjmuje E. Franke następującą teoryę: pod wpływem silnego urazu przychodzi do odruchowego zwężenia źrenicy, czyli skurczu zwieracza, równocześnie jednak granica rogówkotwardówkowa przez spłaszczanie gałki ulega w odpowiedniem miejscu rozciągnięciu, co oddziaływa na skurczony w tej chwili mięsień okrężny i sprowadza jego pęknięcie. Schirmer tłómaczy w inny sposób mechanizm tego uszkodzenia: przypuszcza on, że rogówka pod działaniem siły zewnętrznej ulega tak silnemu wpukleniu, że przygniata w danem miejscu tęczówkę do soczewki, a wtedy inne części tęczówki, parte przez naciskającą ciecz wodną, odrywają się od części ugniecionej, przyczem powstaje zazwyczaj szczelina, przebiegająca w kierunku promieniowym. Zdaje się jednak być rzeczą mało prawdopodobną, żeby rogówka wskutek tępego urazu, a zatem przy pełnej przedniej komorze, mogła się tak ugiąć, żeby aż tęczówkę do soczewki przycisnęła. Fuchs w swym podręczniku wyjaśnia pęknięcie zwieracza naciskiem, wy-

wartym w chwili urazu przez ciecz wodną na tęczówkę. Autorowie omawianej pracy widzą we wszystkich tych teoryach braki i niedokładności, ale i sami pozostawiają ostatecznie rzecz niewyjaśnioną, bo nie może nam wystarczyć jako wyjaśnienie ich uwaga, że o pęknięciu zwieracza stanowi przekroczenie granicy jego sprężystości (powiedziałbym już raczej: granicy wytrzymałości, ref.).

W jednym z przypadków spostrzeganych przez autorów zwieracz źrenicy był pęknięty wielokrotnie. Po kilkurazowem zapuszczeniu pilokarpiny źrenica wbrew oczekiwaniu rozszerzyła się znacznie. Zjawisko to na pozór dziwne należy sobie w ten sposób tłómaczyć, że każda z poszczególnych części poprzerywanego zwieracza skurczyła się z osobna pod wpływem pilokarpiny, przez co miejsca pęknięć przedstawiające się jako kątowate szczeliny znacznie się powiększyły, co musiało sprowadzić szersze rozwarcie się nieregularnej źrenicy. — *Dr K. W. Majewski.*

Tetanie u. Starbildung. Ein Beitrag zur Pathologie u. pathologischen Anatomie der Linse. Bonn. 1898. — Doc. Dr Albert Peters (Według »Neurol. Centralblatt«. Nr 4. 1899).

W monografii tej stara się autor wykazać, znany zresztą, stosunek przyczynowy między kurczami a pewnemi postaciami zaćmy, które nazywa Tetaniestare. Kurcze rzęskowe, utrudniające dopływ prawidłowy soków odżywczych do soczewki, powodują zmniejszenie się jądra. Przez takie skurczenie się (Schrumpfung) jądra wyciska się płyn tkankowy, co daje powód do powstawania przestworów i szpar, jako też do rozpadu włókien, a na tej podstawie wytwarzają się nie tylko zaćmy kurczowe, ale także jądrowe, jako też przeważna część zaćm następowych i starczych. —

W pracy, dzielącej się na część kliniczną i anatomiczną, przytacza autor dwa przypadki zaćmy u kobiet średniego wieku, u których przeważnie kurcze musiały być obwinione o wytworzenie zaćmy. W jednym przypadku chodziło o zaćmę jądrową, w drugim klinicznie o zaćmę starczą, badanie atoli anatomiczne wykazało w obu przypadkach podobne zmiany, jakie widujemy przy zaćmach przyjądrowych, które też autor znalazł w dwóch przypadkach zaćm sztucznych, wydobytych w zamkniętej torebce.

Gdy już dawniej autor wypowiedział zapatrywanie, że samoistna zaćma przyjądrowa powstaje przez skurczenie jądra, przeto trzeba przypuszczać, że gdzie równe znaleziono zmiany anatomiczne w soczewce, tam też równa winna być przyczyna powstawania takiej zaćmy. Nie udało się atoli autorowi przez sztucznie wywołany kurcz rzęskowy wytworzyć zaćm, które, jak z literatury wiadomo,

mogą powstać tam, gdzie wskutek utrudnionego odżywienia soczewki przychodzi do skurczenia się soczewki. *W.*

Ueber die Entstehung von Cataract nach Unterbindung der Venae vorticosae. Dr J. R. van Geuns z Hagi. (Graefe'go »Arch. f. Ophthalm.« XLVII. 2).

Autor robił doświadczenia w pracowni prof. Koster'a w Leydzie.

Podwiązanie żył wirowych sprawia objawy zastoinowe w wysokim stopniu, a mianowicie przekrwienie, wybroczyny do przedniej i tylnej komórki, nawet krwawe zabarwienie rogówki i podwyższony ucisk. W soczewce pęcznieją najprzód przeważnie włókna tylnej kory i wśródbłonek torebki odczepia się. Później wystąpiło rozplenienie komórek, przechodzących z ciała rzęskowego na przednią torebkę, a u zwierząt pigmentowych zawierały owe komórki barwik. Pochodzenie tych komórek nie dało się stanowczo stwierdzić, ale obecność barwiku kazała się domyślać pochodzenia z ciała rzęskowego. Wśródbłonek rozplenia się na tylnej torebce, a przed i za równikiem tworzy gromady komórek. Nowoutworzony nabłonek tylnej torebki wyrasta do przezroczystych włókien, przyczyniając się w ten sposób do odtwarzania soczewki. Czasami zaś powstaje prawdziwa zaćma torebkowa tylna.

Tu i owdzie znalezione złogi w soczewce składały się z karbonatu i fosfatu wapna. Nadto znalazł autor kule i tłuszczowe krople Morgani'ego, nigdy zaś cholestearyny i kryształów kwasu tłuszczowego nie było.

Skoro po podwiązaniu żył wirowych soczewka otoczona jest krwią, a krew znajduje się pod silniejszem ciśnieniem, wśródbłonek zaś jest zniszczony, albo przynajmniej ucierpiał, natenczas płyn wdrąża do soczewki, przychodzi do rozpadu i pęcznienia kory i jądra, względnie do rozpłynienia się kory.

Gdy teraz wśródbłonek jeszcze odtworzyć się może, zmiany soczewkowe dalej nie postępują, w przeciwnym zaś razie przychodzi do zaćmy zupełnej.

Zur pathologischen Anatomie des Totalstars. Prof. Hess w Marburgu (Graefe'go »Archiv f. Ophthalm.« XLVII. 2).

Rzadko mamy sposobność do badania zaćmy, zmieniającej się pod wpływem rozcięcia. W tem położeniu był autor, który operował na jednem oku półroczne rachityczne dziecko, dotknięte zaćmą ogólną obu ócz. Dziecko w 28 godzin umarło na zapalenie płuc. Wyjęto oba oczy i poddano badaniu, które wykazało, co następuje: W oku nieoperowanem wśródbłonek przedniej torebki w kilku miej-

scach był rozpleniony, tylna zaś torebka była pozbawiona wśródbłonka. Z przednią i tylną torebką graniczyła istota bezpostaciowa, lekko barwna, a w częściach jej równikowych znajdowała się wąska warstwa mało zmienionych włókien soczewkowych.

Od istoty owej bezpostaciowej wyróżniało się dobrze jądro. Zewnętrzne tegoż warstwy miały liczne wakuole, których w środkowych warstwach nie było wcale. Tutaj było można jeszcze dokładnie rozpoznać bieg koncentryczny włókien, całość zaś przenikały wytwory kropelkowe (tropfenartige Gebilde), których ścisłość zmniejszała się ku obwodowi.

Nadto widział autor w równikowej warstwie jądrowej ziarenka haematoksyliną ciemno zabarwione, a uważa je za pozostałości jąder włókien soczewkowych.

W soczewce naciętej podpadała ogromna mnogość wakuoli. Ciało szkliste było prawidłowe.

Wobec tego uważa Hess zaćmę tę jako zaćmę warstwową daleko posuniętą i mniema, że zaćma warstwowa środkowa i zaćma całkowita (Totalstar) przyrodzona genetycznie ściśle są ze sobą połączone.

W.

Uwagi nad przyrodą jaskry zapalnej. Prof. L. Laqueur ze Strasburga (v. Graefe's »Archiv f. Ophthalm.« XLVII, 3).

Niepewność co do istoty jaskry pochodzi po części stąd, że autorowie w swoich badaniach razem łączyli pierwotną jaskrę zapalną, występującą napadowo w oczach przedtem zdrowych, jaskrę następową o zupełnie innej etyologii i jaskrę pojedynczą (simplex), która się różni *„toto coelo“* od tamtych obrazem klinicznym i zachowaniem się względem zabiegów leczniczych.

Autor swoje uwagi odnosi tylko do t. zw. glaucoma prodromale, a wyliczywszy szereg powszechnie uznanych faktów klinicznych, przechodzi do wniosków: Prawdziwa przyczyna jaskry nie znajduje się wewnątrz oka, należy jej szukać poza okiem, co wynika z regularnego występywania obustronnego; w oku samem muszą być pewne czynniki usposabiające, jak: rasa, stan nadmiarowy, sztywność twardówki. Objawy zapalne są zmianami następowemi, jak niemniej zmiany patologiczno-anatomiczne w przednim i tylnym odcinku gałki ocznej. Środki zwężające źrenicę i zabiegi operacyjne nie znoszą ostatecznej przyczyny jaskry, ale wyrównują tylko zaburzenia, powstałe z tej przyczyny.

Występywanie jaskry w napadach wskazuje na układ nerwowy, napady okazują pewne podobieństwo z napadami migreny i padaczki, polegającymi na zaburzeniach czynnościowych, wywołanych albo bodźcem ośrodkowym, jak wzruszeniem, przeciążeniem

psychicznem, bezsennością i t. p., albo obwodowym od nerwów czuciowych, jak olśnieniu i t. p. — Jakiegoż więc rodzaju są te nerwowe zaburzenia czynnościowe w jaskrze?

Podwyższenie ucisku śródocznego zależeć może od nadmiernego wydzielania, albo od utrudnionego odpływu, albo od kombinacyi obu. Ponieważ odpływ lymfy i krwi żylnej z oka nie stoi pod wpływem działania nerwów — ciecze te krążą bowiem ściśle według praw fizycznych, to jest płyną w kierunku niższego ciśnienia, ponieważ dalej zwiększony dopływ krwi tętniczej objawiłby się widocznem na oku nastrzykaniem, czego w glaucoma prodromale nie znajdujemy, — przeto pozostaje jedynie przypuszczenie pojedynczej hypersekrecyi bez stanu zapalnego. Przypuszczenie takie zgadza się zresztą całkiem z naszemi zapatrywaniami we fizyologii co do czynności wydzielniczej różnych gruczołów pod wpływem podniety nerwowej: ślinianka podszczękowa wydziela pod wpływem zadrażnienia nerwowego obficie ślinę, a przekrwienie gruczołu nie jest podczas tego nieodzownem, jak i naodwrót może być przekrwienie gruczołu bez wydzielania; gruczoły potne wydzielają nieraz obficie pot, gdy skóra jest blada i zimna (lęk); wydzielanie moczu, soku żołądkowego i trzustkowego, łez bezsprzecznie zależy od wpływów nerwowych. Można więc przyjąć te same stosunki i dla oka, zwłaszcza, że niektórzy autorowie uważają ciałko rzęskowe wprost za gruczoł. — Podrażnienie nerwowe jest więc przyczyną napadu jaskrowego, — którędy jednak przebiegają odpowiednie włókna nerwowe? W nerwie trójdzielnym z pewnością nie ma ich, gdyż wycięcie zwoju Gasser'a nie wpływa na napięcie gałki. Nerwami zwężającymi i rozszerzającymi naczynia, biegnącymi w nerwie współczulnym, nie można znowu wyjaśnić dostatecznie napadu jaskrowego. Potrzeba więc przyjąć nerwy takie, któreby niezależnie od wazomotorów kierowały czynnością wydzielniczą ciałka rzęskowego. Podług tego przedstawia sobie autor powstanie i przebieg napadu jaskrowego tak: od ośrodka wychodzi silniejsze zadrażnienie nerwów wydzielinowych, ciało rzęskowe obficiej wydziela ciecz — ucisk w tylnej komórce podnosi się i przyciska obwód tęczówki do rąbka rogówkowego, zatykając przez to kanały Fontany, i odtąd ciecz wodna odpływu nie ma. Jeżeli podnieta jest słabą i krótko trwa, to część cieczy może jeszcze powoli odpływać przez niezupełnie zatkane kanały, i po ustaniu podniety wraca ucisk, a tem samem oko do stanu prawidłowego, w czem pomagają miotica, oddalając obwód tęczówki od rogówki; skoro jednak podnieta jest silniejsza i trwa dłużej, wtedy występują znane następstwa podwyższonego ucisku, i wyrównanie zupełne jest już niemożliwem.

Za przyczyną nerwową jaskry przemawia także to, że sen

przerywa napad jaskry, co się tłómaczy ustaniem we śnie podrażnień nerwów wydzielniczych, podobnie jak rany silnie wydzielające bywają po dłuższym śnie mniej wilgotne, a wydzielina błony śluzowej nosa w katarze prawie zupełnie znika we śnie.

Z tej teoryi wynika także, że operacyjne leczenie, polegające na wycięciu dróg nerwowych, ma słuszne podstawy. I tak Lagrange wycinał gałązkę nerwu trójdzielnego, co jednak, według tego, co się wyżej powiedziało o nerwie trójdzielnym, nie może być skutecznem. Jonesco i inni wycinali ganglion cervicale superius, a Abadie kawałki nerwu współczulnego z większym lub mniejszym skutkiem. Irydektomia i sklerotomia, odsłaniając część przestworów Fontany, zapewniają w ten sposób swobodny odpływ cieczy wodnej z oka.

Phthisis essentialis bulbi, polegającą prawdopodobnie na porażeniu nerwów wydzielniczych, możnaby przeciwstawić jaskrze.

Powyższa teorya jaskry, t. zw. nerwicowa (Neurosentheorie), tłómaczy nam wiele faktów klinicznych, jak obustronne występywania choroby, wpływ wieku, dziedziczne usposobienie, rasę, stany psychiczne i t. d.; autor nie rości sobie praw do niej, gdyż, już od Donders'a począwszy, wielu autorów wypowiadało podobne zapatrywania, kładli jednak zbyt wielką wagę po pierwsze na zmiany anatomiczne, jak zamknięcie zatoki komórkowej, sprawy periflebityczne w żyłach (venae vorticosae) lub inne czynniki usposabiające, a powtóre na zmiany w szerokości naczyń, zależne od wazomotorów. — *Dr J. Kreutz.*

Przyczynek do anatomii i patogenezy dacryops. Dr med. O. Lange z Brunświku (»v. Graefe's Archiv f. Ophthalm.«. XLVII. 3).

U kobiety 52letniej istnieje od roku na prawem oku pod górną powieką w górno-zewnętrznym kwadrancie guz pod spojówką, na twardówce przesuwalny, okazujący wyraźne chełbotanie; guz wielkości fasoli podczas płaczu lub wąchania olejku gorczycznego powiększa się do wielkości orzecha laskowego, przyczem sprawia przykre uczucie uciskania w oku.

W lewem oku w odpowiedniem miejscu jest także mniejszy guz wielkości grochu, o tych samych zresztą własnościach. Chora nigdy dotąd na oczy nie cierpiała. — Po znieczuleniu kokainą, wycięto guz nożyczkami, przyczem wylała się treść jego, jasny płyn żółtawy. — Badanie mikroskopowe na przekroju przez całą długość przewodu gruczołu łzowego przedstawia następujące stosunki anatomiczne: Przewód gruczołu łzowego bardzo rozszerzony, wyścielony jedną warstwą przybłonka, a gdzieniegdzie widać kilka złuszczonych

komórek przybłonkowych. Ujście przewodu w spojówce zatkane jest czopem z drobno-ziarnistej masy, w której znajdują się pojedyncze komórki przybłonkowe, obumarłe lub też żyjące. —

Opisany guz uważa autor za torbiel retencyjną, powstałą w ten sposób, że przybłonek przewodu, złuszczony wskutek kataru (Desquamationscatarrh), zatkał ujście przewodu, czego następstwem było zatrzymanie łez i rozszerzenie przewodu.

Inni autorowie, jak Franke, Juengken, przypisują powstanie takich torbieli bliznowatemu ściąganiu się ujścia przewodu łzowego wskutek zapalenia ropnego lub urazu.

Razem z powyższym jest dotąd opisanych 21 przypadków dacryops. *Dr J. Kreutz.*

Keratosis conjunctivae (Verhornung der Bindehaut). Dr Michał Mohr i Dr Maurycy Schein z Budapesztu (»Archiv f. Augenheilk.« T. XXXIX. Z. III.) —

U 46letniego tkacza, który zgłosił się do szpitala peszteńskiej kasy chorych, stwierdzili autorowie powyżej rogówki na przestrzeni kwadratowego centymetra płaską, twardą wyniosłość barwy białej, o tłustym połysku, podobną do zeschłej mydlanej pianki, nie dającą się zmarszczyć, lecz przesuwającą się z łatwością ponad twardówką. Miejsca tego łzy nie zwilżały. Zresztą oko zupełnie prawidłowe. Postawiono od razu rozpoznanie: keratosis conjunctivae, a badanie drobnowidowe cząstki zmienionej spojówki wykazało znaczne jej zgrubienie i zrogowacenie warstwy przybłonkowej. Ponieważ przy tak zwanem zeskórnieniu spojówki (xerosis conjunctivae) mikroskop wykazuje tę samą zmianę anatomiczną, przeto autorowie czują się w obowiązku wykazać różnice, jakie istnieją między zwykłem zeskórnieniem spojówki a postacią chorobową, którą chcą uważać za nową, dotychczas niespostrzeganą i nieopisaną. Aby usprawiedliwić to twierdzenie, uważają za wystarczające następujące znamiona róniczkowe: brak w opisanym przypadku wszelkich przyczyn ogólnych i miejscowych, które zazwyczaj wywołują xerosis epithelialis lub profunda; brak hemeralopii; niezwykłe umiejscowienie ponad rogówką, a nie w obrębie szpary powiekowej, jak to bywa zwykle w postaci kserozy opisanej przez Bitôt'a; dalej brak zmian na rogówce, wreszcie obraz drobnowidowy odmienny od tego, który autorowie znaleźli w atlasie Wedl'a jako charakterystyczny dla zwykłego zeskórnienia spojówki. W szczególności na preparatach ich nie widać nigdzie kropelek tłuszczu i eleidyny, jakie — według Fuchs'a i Wedla — znachodzą się często w głębszych warstwach zeskórniałej spojówki. Rokowanie wobec miejscowego zrogowacenia spojówki jest pomyślne, bo po odcięciu wybujałej spojówki, co sta-

nowi jedyne uzasadnione leczenie tego cierpienia, wytwarza się blizna łącznotkankowa i nie przychodzi do nawrotu cierpienia.

Dr K. W. Majewski.

Ueber Orbitalphlegmone dentalen Ursprungs. Dr W. Dagilajski z Niżnego Nowogrodu (»Klin. Monatsbl.« Lipiec. 1899).

Groźne niebezpieczeństwo, jakie przedstawia ropienie pozagałkowe nie tylko dla dotkniętego oka, ale i dla życia chorego, nakazuje badać skrzętnie wszelkie możliwe źródła i przyczyny tego cierpienia, aby, pamiętając o nich, módz tem łatwiej w danym przypadku wskazania lecznicze postawić. Dlatego to zasługuje na uwagę spostrzeżenie Dra Dagilajskiego, odnoszące się do 7letniego chłopca, u którego zapalenie okostnej zębodołowej dało powód do przejścia sprawy ropnej na tkankę pozagałkową lewego oka. Zarówno rozpoznanie ropnia pozagałkowego jak i związek jego z cierpieniem zęba — nie ulegały żadnej wątpliwości. Po wyrwaniu chorego zęba (pierwszy trzonowy górny po lewej stronie) i otwarciu jamy Highmor'a przez opróżniony zębodół, wypłynęła dość obficie ropa. Następnie udało się także wypuścić ropę z poza gałki ocznej, poczem tak stan ogólny jakoteż i stan oka natychmiast się poprawił i chory wkrótce powrócił do zdrowia, odzyskawszy na lewem oku V. = 0.8, podczas gdy w dniu zgłoszenia się zaledwie liczył palce na 5 m.

Autor dzieli choroby oczne, zależne od cierpienia zębów, na dwie grupy: do pierwszej zalicza zaburzenia, przeniesione drogą odruchu, do drugiej zaś sprawy, które przeszły z jamy ust do oczodołu *per continuitatem.* Wielokrotnie zwracano uwagę na nerwową zależność pewnych zaburzeń ocznych od ząbkowania, od próchnicy zębów, od nerwobólów zębowych i t. d., opierając się na tem, że tak zęby jak i oczy zaopatruje nerw trójdzielny w gałązki czuciowe. Do takich odruchowych cierpień zaliczają zapalenie spojówki pryszczykowe u dzieci ząbkujących (Gałęzowski), niedowład lub nawet porażenie akomodacyi i rozszerzenie źrenicy podczas bólu zęba (Schmidt-Rimpler), napady jaskry, wywołane bólem zęba (Redard, Abadie), ponadto porażenia mięśni, niedowidzenia, ślepoty, zaćmy i t. d. Autor przyznaje jednak, że nie wszystkie odnośne spostrzeżenia posiadają jednaką wartość naukową. Ropień pozagałkowy należy oczywiście do drugiej grupy, mniej licznej, ale nierównie ważniejszej. Dzisiaj wiadomo już, że ropienie z zębodołu do oka może się dostać dwojaką drogą: 1. po okostnej przedniej powierzchni górnej szczęki, a dalej po okostnej oczodołowej (Gurwitsch, Hirsch); 2. przez jamę Highmor'a (Hollauer). W przypadku autora przebieg i objawy wskazywały na to, że ropienie poszło pierwszą z wymienionych dróg, ale wreszcie

przyszło także do następowego otoku ropnego i w jamie Highmor'a. — *Dr K. W. Majewski.*

Beitrag zur offenen Wundbehandlung nach Augenoperationen. Dr O. Walter z Odessy. (»Archiv f. Augenheilk.« T. XXXIX. Z. III).

O leczeniu ran po operacyach na gałce ocznej bez zakładania opaski wiele w ostatnich czasach pisano. Sprawa ta została już nawet poniekąd osądzoną, gdyż najpoważniejsi okuliści wyrazili przekonanie, przynajmniej co do sposobu postępowania, jaki podaje sam Hjort, że jest to stanowczo przesada. Istotnie nawet ze stanowiska teoretycznego wydaje się nieprawdopodobnem, żeby tesame naturalne środki ochronne, które w zwyczajnych warunkach wystarczają oku zdrowemu, były zarówno wystarczające wśród warunków wyjątkowych, wśród jakich się znajduje oko operowane. Jeśli pomimo tego praca Dra Walter'a budzi istotne zajęcie, to po pierwsze dlatego, że poszedł on drogą pośrednią i przecież nie pozbawiał oka operowanego zgoła wszelkiej osłony, a powtóre, że i ta złagodzona niejako metoda musiała przejść w jego rękach prawdziwie ogniową próbę wobec tego, że materyału operacyjnego dostarczała mu przeważnie nieoświecona, półdzika południowo-rosyjska ludność wiejska, niezdolna do spokojnego i rozsądnego zachowania się ani przy, ani po operacyi. Mimo tego Dr Walter jest ze swych wyników zupełnie zadowolniony. — Zakładał on bezpośrednio po operacyi drucianą siatkę, podaną przez Praun'a, upatrując jej wyższość nad papierową opaską Wollffberg'a w tem, że pozwala lekarzowi w każdej chwili przekonać się naocznie o ilości wydzieliny, o ewentualnem obrzmieniu lub zaczerwienieniu powiek i innych zewnętrznych objawach, dających nieraz ważne wskazówki rozpoznawcze. W niektórych razach, zwłaszcza w przypadkach, gdzie przyszło do wypływu ciała szklistego, zakładał zrazu opaskę, ale uwalniał od niej chorych po 24—36 godzinach, zastępując ją siatką Praun'a, którą pozostawiał przez 1 –8 dni.

Autor przytacza bardzo szczegółowo przebieg pooperacyjny po 27 operacyach zaćmy, 20 irydektomiach i 5 innych operacyach, połączonych z otwarciem przedniej komory. Po operacyi zaćmy nie przyszło ani razu do zakażenia ropnego, trzy razy wystąpiło lekkie, a raz ciężkie zapalenie tęczówki. Dr Walter odniósł wrażenie, że przednia komórka wypełniała się prędzej pod siatką Praun'a, niż pod opaską. Co do wyników optycznych, to w 20 przypadkach bystrość wzroku równała się $^1/_{10}$, lub była lepszą niż $^1/_{10}$, ale ani razu nie stwierdzono pełnej bystrości. W pozostałych przypadkach wynosiła mniej niż $^1/_{10}$. Zauważyć jednak należy, że autor badał

wzrok swych operowanych jedynie przy pomocy szkieł sferycznych. Prawdopodobnie z powodu braku inteligencyi ze strony chorych nie kusił się o wyrównywanie, tak często zdarzającej się, znacznej niezborności pooperacyjnej rogówki, coby było niewątpliwie postawiło wyniki optyczne w znacznie korzystniejszem świetle. Nakoniec podnosi Dr Walter, że chorzy, którzy mieli sposobność porównać opaskę ze siatką Praun'a, uważali założenie tej ostatniej za wielką ulgę i prawdziwe dobrodziejstwo. *Dr K. W. Majewski.*

Sposoby badania i postacie chorób ocznych u popisowych, przysyłanych do wojennych leczniczych zakładów. Dr P. Wodziński (»Wojenno-Medicinskij Żurnał«, książki: sierpniowa i wrześniowa, 1899).

Praca wileńskiego okręgowego okulisty jest dość obszerną i potrącającą rozmaite sprawy — przeto trudno ją w krótkości streścić. Niepodobna jednak pominąć jej w naszem czasopismie.

Ponieważ popisowi dość często symulują stan wzroku, przeto autor gorąco zaleca przedmiotowy sposób ich badania i pod tym względem rozpisuje się o skiaskopii, o której w rosyjskiej literaturze już sporo napisano. Wymienia następujące przyrządy, potrzebne w szpitalach, do których przysyłają popisowych dla zbadania stanu oczu: duże etui wszelkich optycznych szkieł, kieszonkowy oftalmoskop Liebreich'a, refrakcyjny Hirschberg'a, takiż Loring'a, skiaskop Laurenti'ego, keratoskop Placida, strabometr Lavrence'a, pupillometr, perymetr, lupę, dobór włóczek Holmgren'a i stereoskop z rycinami.

Przy skiaskopii Dr W. zaleca: porażenie akomodacyi za pomocą atropiny, kierunek osi wzrokowej badanego powinien być taki, jak przy wziernikowaniu (mimo ucha badającego), korekcya oczu badającego potrzebna jest tylko przy wysokich stopniach ametropii, ponieważ refrakcya i akomodacya jego przy skiaskopii nie gra żadnej roli. Oznaczenie refrakcyi za pomocą skiaskopii u popisowych powinno być obowiązującem w wojskowych szpitalach.

Wszystkich badanych było 1050, autor dzieli ich najprzód podług wyznania (już drugi raz [1]) pytamy, dlaczego nie podług narodowości?), podług zawodu, dalej dzieli na piśmiennych (394) i analfabetów (656), w końcu wypisuje postacie chorób, z których najwięcej badano myopów (246), nadwzrocznych (165), astygmatyków (76) i z anisometropią (295). Potem autor przechodzi do oddzielnych postaci chorób, poświęcając im po kilka stronic. Zaczyna od jaglicy i wypowiada słuszne zdanie, które podzielamy w zupeł-

---

[1]) Pierwszy raz zapytywałem kilka lat temu w Nowinach Lekarskich.

ności, iż jest wielkim błędem[1]) przekonanie tych, którzy oddzielają folliculosis od trachoma. Pod tym względem okuliści rosyjscy podzielili się na dwa obozy; przeciwko dualizmowi pisali niemało Reich i Mandelsstam. Lekarz wojskowy powinien być unitarystą, aby zapobiedz rozwojowi jaglicy w koszarach. Niektórzy jednak (Dr Lewczenko) zapominają o tem i opisują »epidemię follikulozy (!!) w pułku«.

Po jaglicy opisano dwa przypadki tłuszczaka podspojówkowego gałki, przyczem zwrócono słuszną uwagę na sztuczne zabarwienie prawych rogówek u Izraelitów z Królestwa Polskiego; środkowa ich część miała wygląd burowato-żółty, jakby od ugru[2]) — kilkoma opisami demonstruje autor te naśladowane uszkodzenia rogówek, prawdopodobnie przez felczerów.

Z chorób tęczówki zasługiwał na opis przypadek irideremiae foetalis bilateralis congenitae, z chorób soczewki; ectopia lentis oc. sin., właściwie luxatio lentis traum., i cataracta gypsea. Następnie kilka słów poświęcono: zmętnieniom ciała szklistego, zanikom nerwu wzrokowego, fibrae myelineae i nystagmus.

W książce wrześniowej obszernie traktuje Dr W. o nieprawidłowościach refrakcyi u popisowych, których zapisano 782, czyli $74\frac{1}{2}\%$. Wszystkich oczu z myopiczną refrakcyą było 827, z wysoką m. ($^1/_{1\frac{1}{2}}$ — $^1/_6$) było 100 osób, z średnią $^1/_{6\frac{1}{2}}$ — $^1/_{12}$) 65, ze słabą ($^1/_{13}$ — $^1/_{50}$) 81 ludzi. Staphyloma posticum spostrzegano w 57% przypadków z zewnętrznej strony tarczy, w 43% w innych miejscach obok niej. Piśmiennych myopów było 51%, analfabetów 49%, to jest prawie jednaka liczba; autor twierdzi, że krótkowzro-

---

[1]) Czy przekonanie takie jest rzeczywiście *błędem*, niełatwem będzie autorowi i referentowi dowieść. Po stronie dualistów stoją poważni autorowie, którzy umieją i klinicznie i mikroskopijnie dobrze badać, że wymienię tylko Saemisch'a, Schmidt-Rimpler'a, Schweigger'a, Adamiuk'a, Wecker'a, z młodszych zaś Greef'a, Kuhnta i t. d. Inni, jak Hirschberg, Michel, przyznają się do unitarystów, jednak objawiają dualistyczny kierunek przy opisie obu postaci choroby. Akta stanowczo jeszcze nad tą sprawą nie zamknięte i trudno dziś orzec, który obóz ma słuszność. My zaś sami, na podstawie badań naszych, w szkołach podjętych, badań, obejmujących przeszło 11.000 dzieci, a dalej na podstawie ścisłego dłuższego badania klinicznego, dotyczącego każdego przypadku zajęć spojówkowych, z wytworem wyniosłości, doszliśmy do przekonania, że zapalenie mieszkowe, t. j. conjunctivitis folliculosa stanowczo odróżnić trzeba od conj. granulosa sive trachomatosa. O czem obszerniej na innem miejscu. *W.*

[2]) Ugier = ziemia barwiąca, w żelazo obfitująca. *W.*

czność jest chorobowym stanem oczu, spostrzeganym co do liczby przypadków zarówno wśród inteligencyi, uczącej się młodzieży, jako też wśród włościan i ludzi zupełnie niepiśmiennych. Mówiąc o zniżeniu bystrości wzroku przy wysokich stopniach myopii, autor podaje zdanie prof. Adamiuka, który, pomimo zmian na dnie oka, upatruje przyczynę tego zniżenia i w małości tarczy nerwowej, zawierającej mniejszą ilość włókien nerwowych.

Nadwzroczność zapisano u 165 popisowych, a mianowicie: z wysoką Hm. ($^1/_3$ — $^1/_6$) u 33 osób, ze średnią ($^1/_6$ — $^1/_{12}$) 30, ze słabą ($^1/_{13}$—$^1/_{50}$) u 102 ludzi. Jeżeli do tych 330 oczu dodać jeszcze 178 z anizometropią, to otrzymamy wszystkich 508 nadwzrocznych oczu.

Astygmatyzm znaleziono w 76 przypadkach, anizometropię stwierdzono u 295 osób; przy tej ostatniej zapisano strab. convergens 29 razy, strab. divergens 77 razy. Z miarową refrakcyą było 268; między nimi była tylko część udających, reszta przybyła z jaglicą, cierpieniem worka łzowego i t. p.

Poświęciwszy kilka stronic opisowi postaci tarczy wzrokowej przy rozmaitych refrakcyach, Dr W. twierdzi, że może ona być okrągłą i owalną, co zresztą zależy nie od wrodzonej konfiguracyi, lecz od takich przyczyn, jak As, tylno-biegunowe ektazye i t. p.

Na kilku stronicach wypowiedział autor traktat o naczyniach siatkówki przy rozmaitych wadach refrakcyi. Największą ich ilość i zmienność kierunku, jak wiadomo, spostrzegamy przy wysokim stopniu myopii, — najczęściej widział je Dr W. skierowane w większej ilości w kierunku na zewnątrz, ku stronie skroniowej. Taki obraz dna ocznego nie tylko gra rolę rozpoznawczą, lecz i powinien mieć znaczenie profylaktyczne dla podobnych osobników.

Z liczby 1050 popisowych przyznano do służby wojskowej 427, zwolniono od służby 553 i 70 otrzymało roczne odroczenie. Najwięcej przyjęto prawosławnych (45%), najwięcej zwolniono Izraelitów (57%), a to głównie krótkowzrocznych. Najwięcej (458) zwolniono zgodnie z § 30 lit. A, który brzmi: »Ślepota jednego oka, lub visus = $^1/_{200}$«. Podług §. 31 lit. A zwolniono 15: »visus oc. dxt. = $^1/_4$.« Ten ostatni § lit. A, również jak § 2 lit. B, jest obecnie przedmiotem piśmiennych sporów między wojskowymi okulistami Rosyi. § 2 lit. B., podług którego popisowi mogą być przyjmowani na niefrontową służbę, brzmi tak: »Visus oc. dxt. $< ^1/_2$, lecz nie $< ^1/_4$, przy v. oc. sin. $= ^1/_2$. Uwaga. Osłabienie v. i więcej zniżone nie zwalnia od niefrontowej służby, skoro zależną jest od myopii, nie wyższej $^1/_8$ (5 D.) i jeżeli przy korekcyi otrzymujemy v. w jednem oku nie niższy od $^1/_2$, a w drugiem nie niższy od $^1/_4$«. Trzeba zauważyć, że w służbie rosyjskiej wojskowej

okulary nie są dozwolone szeregowcom, z wyjątkiem wolno wstępujących do służby, o żadnej więc korekcyi u popisowych mowy być nie może. Wymagania obecnego regulaminu dwa razy są ostrzejsze od obowiązującego przed paru laty, który zwalniał od służby przy v. < $^{20}/_{40}$, i kiedy o służbie nietrontowej przy wadach refrakcyi i mowy nie było. Dziś, stosując powyższy regulamin, napełniamy szeregi wojska mnóstwem niefrontowych ludzi, i to przeważnie Izraelitów. Największym obrońcą redakcyi niniejszego regulaminu jest Dr Reich, najostrzejszym krytykiem jego prof. Dr Dobrowolski, który proponuje § 31 zamienić tak: »Osłabienie wzroku prawego oka niżej $^{20}/_{40}$, lewego niżej $^{1}/_{100}$, zależne od stałych zmian oczu lub wad refrakcyjnych. Uwaga. Do artyleryi i inżynieryi wojskowej mogą być przyjęci, nie wyżej nad 17%, popisowi, u których w lewem oku v. nie niżej $^{20}/_{40}$ czyli $^{1}/_{2}$, a w prawem nie niżej $^{1}/_{100}$«. Ciekawy ten polemiczny artykuł zamieszczony jest we wrześniowej książce »Woj.-med. Żurnału«. W każdym razie zagmatwana redakcya paragrafów ocznych regulaminu wojskowego wymaga rychłej zmiany. *Dr J. T.*

Nowe szczypczyki do wyciskania ziarn jaglicowych. Dr Smirnow (»Wojenno-medicinskij Żurnał«, wrzesień, 1899).

Niezadowolniony szczypczykami Knapp'a, haczykowato-skrzywionemi Donberg'a, ani też przyrządem Bellarminow'a, Dr S. obmyślił jajowatego kształtu szczypczyki[1]), któremi można doskonale wyciskać ziarenka, osobliwie w kątach powiek, co do tej pory było dość trudnem. Cena jednak (Szapłygin w Petersburgu) dość wysoka, bo $2^{1}/_{4}$ rubla. *Dr J. T.*

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

IX. Kongres miedzynarodowy okulistyczny w Utrechcie. (C. d.)

C. Hess: *Zależność akomodacyi od zbieżności.* H. już dawniej zwrócił na to uwagę, że możemy spowodować wyższy stopień kurczu mięśnia rzęskowego, aniżeli to do najwyższego wypuklenia soczewki

[1]) Zręczność palców zazwyczaj wystarcza, by oględnie, bez niepotrzebnego niszczenia spojówki powyciskać to, co wyciśniętem być może i winno. Szczypczyki do wyrywania rzęs mogą być pomocne tam, gdzie palcami do jaglic dotrzeć nie podobna. Ubieganie się o osobne przyrządy jest żądzą nowości. *W.*

jest potrzebnem. Przy pomocy nowych sposobów badania doszedł do przekonania, że zwykłe rozróżnianie punktu bliży jednoocznej i obuocznej nie odpowiada rzeczywistemu stanowi rzeczy. Każdy z nich znajduje się w tej samej odległości, a pozorna różnica polega na tem, że punkt bliży jednoocznej wymierzamy zwykłym sposobem, to jest przy użyciu drobnych przedmiotów, trzymanych przed okiem, gdy źrenica jest węższą, aniżeli przy oznaczeniu bliży obuocznej.

Hess wykazuje zresztą, że krzywe Donders'a o rozciągłości względnej akomodacyi dają tylko niewystarczający obraz związku między akomodacyą a zbieżnością. Związek ten według nowych sposobów mierzenia następujące określa prawidło. Każdemu stanowi zbieżności odpowiada pewien stopień akomodacyi, który może powiększyć i zmniejszyć się, ale tylko w pewnych granicach, przy niezmieniającej się zbieżności. Obszar tego wahania akomodacyi jest równy wszystkim stopniom zbieżności.

W końcu wykazuje prelegent, że eseryna w przeciwieństwie do głoszonego zdania, nie powiększa rzeczywistej akomodacyi. Powiększenie to jest tylko pozorne, a spowodowane zwężeniem źrenicy (? —).

Siegrist z Bazylei: *Przyczynek do znajomości arteryosklerozy naczyń ocznych.* U dwóch chorych, dotkniętych ogólną arteryosklerozą, widział S. obok kilku naczyń choroidalnych zupełnie sklerozowanych na niektórych naczyniach, posiadających zwykłą czerwoność, większe i mniejsze złogi pigmentowe. W jednym z tych przypadków udało się, gdy śmierć nastąpiła w kilka miesięcy po wziernikowaniu, wykazać mikroskopijnie skład tych złogów, powstałych przez proliferacyę komórek nabłonka pigmentowego, znacznie powiększonego. Ta proliferacya w żadnem miejscu nie zmieniła warstw siatkówkowych. Zmiany ścian naczyniowych, które wywołały owe objawy, polegały już to na endarteriitis obliterans, przyczem ściana naczynia i intima uległy zwyrodnieniu skrobiowatemu, już to na endarteriitis, znamionującej się rozwojem wielkich komórek pomiędzy wśródbłonkiem a błonką elastyczną.

Dor jun. z Lyonu: *O nervi nervorum nerwów wzrokowych.* Obok dwóch małych gałązek nerwowych, powstających z plexus caroticus i wchodzących do opony miękiej skrzyżowania nerwów, istnieją jeszcze liczne gałazki w górnej ścianie tej pochwy miękiej, posiadające anatomiczne znamiona nervi nervorum. Część tych włókien obejmuje z przodu skrzyżowanie i tworzy komisurę Hannover'a, część inna atoli wnika do pochewki nerwu wzrokowego. Ponieważ te włókna po wyłuszczeniu gałki nie ulegają zwyrodnieniu, przeto uważać je można za odśrodkowe, autor zaś sądzi, że po-

drażnienie tych włókien, jakiemu podlegają w przebiegu swym przez miękką pochwę nerwu wzrokowego, w razie ucisku przez płyn mózgowo-rdzeniowy, wywołuje nabieg (oedema) i zastój tarczy, jako objaw guzów mózgowych. —

Neuschueler z Rzymu: *Nieco o włóknach w nerwie wzrokowym.* Barwiąc bardzo delikatne podłużne cięcia nerwu wzrokowego sposobem Weigert'owskim, widzimy, że fiołkowe włókna prawie równolegle biegną ku tarczy. Tylko tędy i owędy widzimy odbiegające od tego kierunku włókna, które, opuszczając wiązkę, do której należą, skośnie do sąsiedniej wnikają. Są to, znane zresztą, zespolenia rozmaitych wiązek, z których nerw się składa. W okolicy lamina cribrosa widział prelegent, przy silnem powiększeniu, pewną odmianę tych włókien zespolenia, na co w literaturze, zdaniem jego, nie zwrócono uwagi. Znamiona te są następujące:

1. Zachodzą one w lamina cribrosa, zwłaszcza w tem miejscu, gdzie włókna nerwowe tracą swą osłonkę rdzeniową.

2. Zabarwiają się tak samo jak i inne włókna, ale ciemniej.

3. Są większe, gdy włókna zespolenia mają taki sam kaliber, jak inne elementa.

4. Przebiegają prawie pionowo do włókien nerwu wzrokowego i krzyżują jeden do trzech pęczków optycznego nerwu.

Włókna te zachodzą u świni, cielęcia i kota, u człowieka zaś nie tak łatwo odkryć je można. O znaczeniu ich nic nie wiemy.

W rozprawie zwrócił Greeff na to uwagę: że włókna te, które w preparatach prelegenta miał sposobność widzieć, a które różnią się od włókien, tworzących w lamina cribrosa bardzo znaczne przeplatanie, nie stanowią zespoleń, ale raczej skojarzenia, — i radzi prelegentowi na to w przyszłości uważać, czy te włókna nie powracają w kierunku nerwu wzrokowego, albo, czy też nie opuszczają go zupełnie, by wniknąć w nerwy rzęskowe.

Coppez z Brukseli: *Działanie rozmaitych toksyn na rogówkę.* Prelegent zastanawia się najprzód nad pytaniem: *Na jakiej drodze mogą toksyny, zastrzyknięte do spojówki, wpływać na rogówkę?* Biorąc jako typ chorobowy dyfteryę, wiemy, że część toksyn przechodzi do ogólnego obiegu krwi, inna zaś rozprzestrzenia się na spojówce i rogówce, zmięszawszy się ze łzami. Na spojówce wessanie będzie nieznaczne, gdyż spojówka w stanie zapalnym słabo tylko absorbuje; toksyny z trudnością przenikają błony zwierzęce wskutek znacznej objętości ich molekułów. Natomiast jad dyfteryjny rozwija swój wpływ na rogówkę. Nabłonek zrazu temu się sprzeciwia, skoro on jednakże ulegnie zniszczeniu, szybko zmienia się rogówka. Nabłonek zaś może uledz zniszczeniu już to przez mani-

pulacye lekarza, już to przez tarcie samych błon chorobowych, już też przez działanie toksyny, która w przeciągu 48 godzin nabłonek niszczy.

W przeciwieństwie do Gosetti'ego i Jony wykazały doświadczenia prelegenta, że łzy nie posiadają żadnego wpływu odtrutkowego na jad dyfteryjny.

Drugie pytanie, jakie sobie prelegent stawił, było: *jakie jest właściwe każdej toksyny działanie?* i odpowiada następująco:

1. Jad dyfteryjny silnie działa na rogówkę.

2. Abrina, dostawszy się do worka spojówkowego, sprowadza zmętnienie i nekrozę rogówki. Zastosowanie jequirity przy pannus trachomatosus pokazuje, że abrina nie działa przez to na rogówkę, że obieg w naczyniach, okalających rogówkę, przerywa. Przeciwnie toksyny działają korzystnie na wytworzenie się naczyń.

3. Jad streptokokus bardzo mało wpływa na rogówkę, prelegent zaś sądzi, że większa część objawów, otrzymywanych przez Bardell'ego w jego doświadczeniach, przypisaną byc winna nie toksynom, ale bulionowi, zabitym mikrobom i przetworom do ich zabicia używanym.

4. Toksyna pneumokokus także mało ma wpływu na rogówkę, co przypisać należy słabej energii toksyny.

5. Toksyny gronkowca, według doświadczeń Sołowiewa i Mołodorskiego, równają się co do wpływu gronkowcom samym. I tu, dla dokładnego wyrobienia sobie sądu, trzeba odłączyć wpływ bulionu i dodatkowych przymieszek.

H. Coppez: *Leczenie zapalenia jaglicowego przez elektrolyzę w połączeniu ze sublimatem i jequirity.*

Prelegent podaje sposób, przeprowadzany w klinice ojca swego w Brukseli, polegający na następujących środkach:

Elektrolyzę w uśpieniu chloroformem w ten przeprowadza się sposób, że elektroda ujemna w postaci małych widełek stalowych stosuje się na granulacye. Siła prądu wynosi 4—5 MA., przytem nigdy końców widełek nie wpaja się w głąb spojówki, chyba, że ją przenikają gromadki jaglic. Piankę i krew obciera się wacikami, maczanymi w sublimacie 4:1000. Rękoczyn, sam w sobie bardzo bolesny, później nie powoduje już żadnego bólu. Przez 24 godzin nosi chory opaskę, a silniejsze łzawienie i podrażnienie, później występujące, łagodzi się kokainą. — Wytworzenie się cienkiej błony na powierzchni spojówki nazajutrz po elektrolyzie jest objawem korzystnym, wskazującym, że osiągnięto najwyższy skutek, a jaglica znika potem bardzo szybko.

2. Następnie co dzień pociera się watą, zawiniętą na pręciku szklanym i maczaną w sublimacie 4:1000 dopóty, dopóki nie zabarwi się lekko krwią.

3. Gdy pannus gruby pokrywa rogówkę, pociera się w 4 lub 5 dni po elektrolyzie namokiem jequirity 5%, ale tylko raz jedyny. Zwykle rogówka ma się potem wyjaśniać zadziwiająco szybko.

Leczenie wymaga 3—6 tygodni.

G. Bull z Paryża: *Znużenie, spowodowane wysiłkami w celu widzenia pojedynczo obu oczami.*

Obuoczne widzenie utrudnia przedewszystkiem różnica refrakcyjnych wad obu ócz; ona to bowiem sprawia, że obrazy co do wielkości i postaci są rozlane, utrudnia akomodacyę i nierówno rozdziela energię mięśni fiksacyjnych. Bull kładzie nacisk na ważność próby stereoskopijnej dla mierzenia objętości fuzyi i dla oznaczenia stopnia obuocznego fiksowania.

Podmiotowe uczucia chorego zasługują na baczność ze strony lekarza i nie powinny być lekceważone. Pod tym względem opisuje prelegent te objawy, które są ważne dla rozpoznania, i zaznacza zarazem, że niektórzy chorzy systematyczne robią wysiłki dla osiągnięcia fuzyi, a nieświadomie posługują się rozmaitymi środkami pomocniczymi. Objawy opisane przemawiają za kurczem w mięśniach ocznych, a widocznie miejscowy kurcz daje powód do kurczu ogólnego albo przeniesionego, mogącego się objawić w każdej części ciała. W końcu przytacza prelegent przypadek, wykazujący, jak miejscowe wysiłki w celu obuocznego widzenia pojedynczo, trwające lat kilka, sprowadziły neurastenię, którą usunięto zupełnie przez stosowne leczenie, zmierzające do ułatwienia fuzyi. (C. d. n.)

W.

IV. LECZNICTWO.

46. Jodopyrynę czyli jodantypyrynę poleca Dr Jnunkres jako środek przeciwgorączkowy i przeciwbolesny. Dalej przypisuje mu własności znakomite przeciw goścowi, dnie, grypie, przy rozmaitych nerwicach, zwłaszcza bólu międzyżebrowym i kulszowym. Poleca go także przeciw odontalgiom, kolkom mnestrualnym, przeciw boleściom w kościach u osób luetycznych.

Wobec tylu zachwalanych własności środka, który w wodzie trudno się rozpuszcza, jest bezwonny i bez smaku, znajdzie się zapewne i w terapii okulistycznej sposobność do zużytkowywania tych własności. Dawka dla dorosłych wynosi 1 gr. trzy razy dziennie. (Therap. Monatshefte. 1899. Nr 11).

47. Amyloform, połączenie chemiczne formaldehydu z krochmalem, proszek nierozpuszczalny wcale, używany jest w chirurgicznej klinice w Heidelbergu do posypywania ropnych ran, z powodu zalet silnie odkażających; amyloform nie drażni.

48. Jodoformogena, używana w tejże klinice w zastępstwie jodoformu, przed którym wyróżnia ją bezwonność, ma ograniczać wydzielinę, a obok tego, jak jodoform, pobudzać wytwarzanie się ziarniny i posiada własności swoiste przeciw sprawom gruźliczym (Heddeus, Muenchn. Med. Wochenschrift. 1899. Nr 12).

49. Asterol, czyli hydrargyrum sulfophenilicum albo hydrargyrol, jest przetworem rtęci, rozpuszczalnym we wodzie. Wprowadziła go w świat lekarski fabryka Hoffman, Laroche et C. w Bazylei. Badania, podjęte na klinice prof. Kocher'a przez Dra Steinman'a w Bernie, wykazały, co następuje:

1. Asterol rozpuszcza się we wodzie łatwo, a rozczyny pozostają przeźroczyste.
2. Posiada znakomite własności odkażające i nie traci ich w obecności białkanów.
3. Nie posiada własności żrących.
4. Działanie środka rozprzestrzenia się w głąb.
5. Nie drażniąc i nie wpływając ujemnie na instrumenta, może być asterol zastosowanym korzystnie do odkażania rąk i instrumentów.
6. Posiadając własności trujące, właściwe solom rtęciowym, może jednak w większych ilościach być używanym do odkażania bez wywołania niebezpieczeństwa dla zdrowia lub życia.

Dodajemy, że cena nie jest wyższą od sublimatu (Berl. Klin. Wochenschr. Nr 11. 1899). *W.*

V. ROZMAITOŚCI.

Heterochromia a zaćma. Na zespolenie obu objawów zwracaliśmy już poprzednio w „Postępie Okulistycznym" uwagę. Podobny przypadek przedstawił niedawno w lekarskiem towarzystwie w Nowym Jorku Dr Scharpinger. U kobiety 50letniej, która dawniej miała zawsze mieć równo barwne oczy, wystąpiło bez poprzedzającego zapalenia odbarwienie oka lewego (heterochromia essentialis acquisita), a przed trzema laty poczęła soczewka się zaćmiewać i zupełnie w chwili przedstawienia okazuje się zmętnioną. Przyczyny heterochromii nie można było wyśledzić, natomiast stwierdzono, że bratanka chorej także ma różnobarwne oczy. Dlaczego zaś heterochromia doprowadziła do zaćmy, nie dało się na podstawie przedstawionego przypadku wypośrodkować. — (New-Yorker Med. Monatsschrift. Nr 4. 1899).

Etyka lekarska w naszych czasach gonitwy za chlebem i znaczeniem w przykrem przedstawia się często świetle, jak tego dowodzi świeży przypadek, z sądownictwa wiedeńskiego zaczerpnięty. Jeden z docentów okulistyki przy uniwersytecie wiedeńskim oskarżony został o uszkodzenie ciała przez popełnienie tak zwanego uchybienia w sztuce

(Kunstfehler) przy operacyi zaćmy. Rozprawa sądowa wykazała, po rzeczowem zeznaniu prof. Fuchs'a, że w danym przypadku uchybienia takiego nie było, że ów oskarżony, znany jako tęgi okulista i zacny charakter, uczynił, co sztuka w danym razie wskazywała, ale rozprawa sądowa wykryła zarazem przykrą tajemnicę, że operowany nie z własnego popędu skargę wniósł, lecz uczynił to wyłącznie wskutek zachęty innego lekarza, zajmującego wysokie urzędowe stanowisko. Taki postępek koleżeński winien nie tylko być napiętnowanym przez publiczne ogłoszenie nazwiska przedstawiciela tej nowoczesnej rycerskości, ale spowodować także izbę lekarską do zastosowania przysługujących jej środków karnych. *W.*

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Znany zaszczytnie, zwłaszcza z licznych prac na polu przyrodzonych wad oka, Dr Van Duyse mianowany został profesorem oftalmologii przy uniwersytecie w Gandawie.

VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Donoszą nam o śmierci Dra Katarzyny Kastalskiej w Moskwie i Dra Stavros Metaxas w Marsylii.

Omyłki drukarskie.

Str. 396 w rysunku czyt.: for. ethmoid., zamiast: ethem.